

Situación de la epidemia de **SIDA**

Diciembre de 2003



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA • ONUDD
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Organización Mundial
de la Salud

ONUSIDA/OMS – 2003
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
Organización Mundial de la Salud (OMS)

ONUSIDA/03.39S (versión española, diciembre de 2003)

Versión original inglesa, UNAIDS/03.39E, diciembre de 2003 :
AIDS epidemic update: December 2003
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2003.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas conjuntamente por el ONUSIDA y la OMS pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA o de la

OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA o la OMS los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA y la OMS no garantizan que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabilizan de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

ONUSIDA

Situación de la epidemia de SIDA: 2003

1. Infecciones por el VIH – epidemiología 2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – epidemiología 3. Brotes de enfermedad

ISBN 92 9173 306 7

(Clasificación NLM : WC 503.41)

ÍNDICE

PREFACIO	1
RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA, DICIEMBRE DE 2003	3
INTRODUCCIÓN	4
ÁFRICA SUBSAHARIANA	7
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	14
ASIA Y EL PACÍFICO	18
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	23
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE	26
PAÍSES DE INGRESOS ELEVADOS	28
ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN	31
MAPAS	35
Estimaciones mundiales para adultos y niños, final de 2003	36
Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003	37
Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños en 2003	38
Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2003	39

Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2003



PREFACIO

Nuevas estimaciones señalan un creciente número de personas que viven con el VIH/SIDA

Dos de las funciones principales del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) son seguir de cerca la epidemia y desarrollar información estratégica para guiar las respuesta al SIDA en todo el mundo. En consecuencia, la Secretaría del ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) producen anualmente la publicación actualizada de la *Situación de la epidemia de SIDA*, que ilustra el conocimiento y la comprensión actuales de la epidemia.

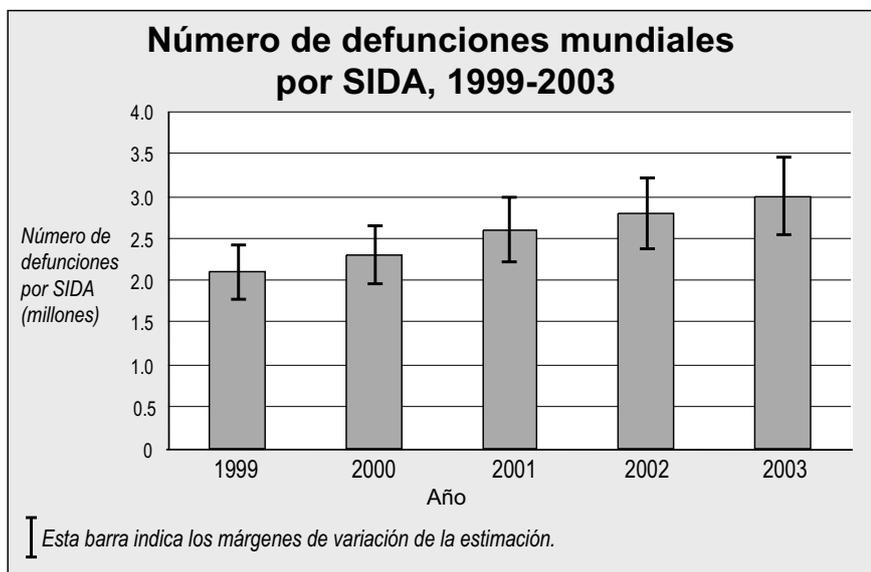
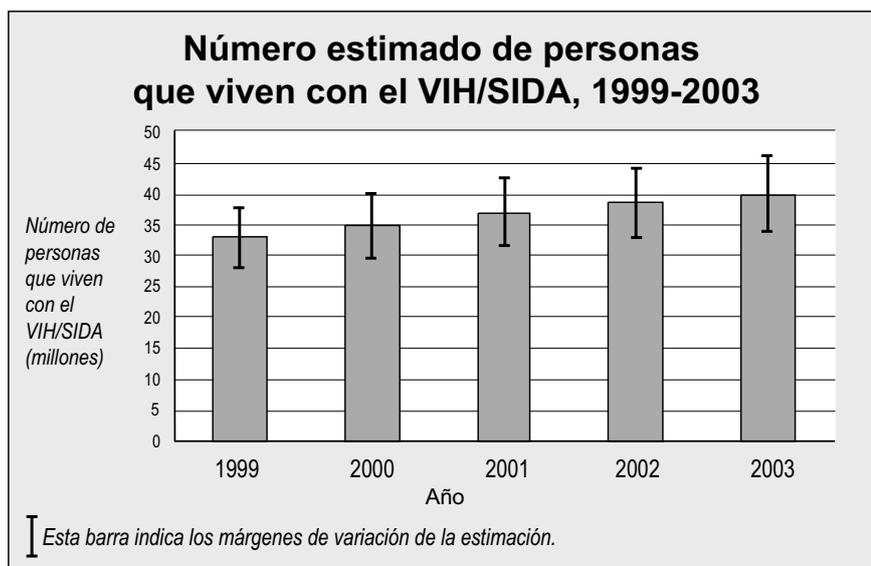
Las estimaciones del ONUSIDA y la OMS que aparecen en la publicación de 2003 son más bajas que las que aparecieron en la actualización correspondiente a 2002. Eso no significa que el número de personas que viven con el VIH/SIDA sea inferior ni que se haya producido un descenso en la epidemia. La obtención de datos más ajustados y un mejor conocimiento de la epidemia han hecho posible que la Secretaría del ONUSIDA y la OMS realizaran unas estimaciones más precisas (véanse los gráficos de la página 2).

El informe presenta las estimaciones y los márgenes de variación de dichas estimaciones para indicar su nivel de precisión.

Durante el pasado año, la Secretaría del ONUSIDA trabajó con la OMS, el Futures Group, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Family Health International y el Centro Oriente-Occidente con miras a mejorar los conocimientos especializados para obtener, validar e interpretar datos relacionados con el VIH y desarrollar la capacidad para la construcción de modelos y la estimación en 130 países. Asimismo, nuevas y diferentes fuentes de datos, como las encuestas nacionales de hogares, están posibilitando la obtención de unas estimaciones más precisas y un conocimiento más ajustado de las tendencias de la epidemia (véase recuadro p. 6). Un grupo de expertos perteneciente al Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Construcción de Modelos y Proyecciones renueva y mejora constantemente las herramientas y los métodos empleados. En los últimos tres años, ese grupo ha reunido a investigadores y expertos en salud pública de 23 países de todas las regiones. A la luz de estos continuos progresos, las comparaciones con las estimaciones publicadas anteriormente pueden inducir a error.

El informe presenta las estimaciones y los márgenes de variación de dichas estimaciones para indicar su nivel de precisión. El texto hace referencia a las estimaciones, los mapas señalan los márgenes de variación y los cuadros presentan ambos elementos. Los márgenes de variación son exponente del grado de incertidumbre asociado a las estimaciones y definen los límites dentro de los que se encuentran las cifras reales, basándose en la mejor información disponible.

Si se aplican a años anteriores las herramientas y los métodos mejorados se observa que se han producido aumentos constantes en el número de personas que viven con el VIH/SIDA, al igual que en el de defunciones por SIDA. El número de personas que viven con el VIH/SIDA continúa creciendo en diversas regiones, de forma más evidente en África subsahariana, donde los países de la región meridional africana presentan la prevalencia más alta. Las epidemias de Asia y el Pacífico, así como de Europa oriental y Asia central, siguen creciendo, con cifras de personas que viven con el VIH/SIDA cada vez más altas.



La Secretaría del ONUSIDA, la OMS y sus asociados continuarán perfeccionando las herramientas y los procedimientos a través de los cuales se obtienen y analizan los datos. Una parte importante de este trabajo consiste en dar asistencia a los países para mejorar la recopilación, validación, construcción de modelos y estimación de datos sobre el VIH, con objeto de guiar respuestas eficaces a la epidemia mundial a nivel de país.



RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA, DICIEMBRE DE 2003

Personas que vivían con el VIH/SIDA	Total	40 millones (34 – 46 millones)
	Adultos	37 millones (31 – 43 millones)
	Menores de 15 años	2,5 millones (2,1 – 2,9 millones)
Nuevas infecciones por el VIH en 2003	Total	5 millones (4,2 – 5,8 millones)
	Adultos	4,2 millones (3,6 – 4,8 millones)
	Menores de 15 años	700 000 (590 000 – 810 000)
Defunciones causadas por el SIDA en 2003	Total	3 millones (2,5 – 3,5 millones)
	Adultos	2,5 millones (2,1 – 2,9 millones)
	Menores de 15 años	500 000 (420 000 – 580 000)

Los márgenes de variación de las estimaciones presentadas en este cuadro definen los límites dentro de los que se encuentran las cifras reales, y se basan en la mejor información disponible. Esos márgenes son más precisos que los de años anteriores, y se está trabajando para aumentar más aún la precisión de las estimaciones que se darán a conocer a mediados de 2004.

INTRODUCCIÓN

En 2003, la epidemia de VIH/SIDA se cobró la vida de más de tres millones de personas, y se estima que cinco millones se infectaron por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con lo que la cifra de personas que vivían con el virus en todo el mundo se elevó a 40 millones.

En buena parte de la región de África subsahariana, en los últimos años la prevalencia del VIH ha permanecido relativamente estable, por lo general con niveles elevados. Esto es debido al hecho de que persisten los niveles altos de nuevas infecciones por el VIH, que ahora coinciden con una elevada mortalidad por SIDA. En un cinturón de países a lo largo de África meridional, la prevalencia del VIH mantiene niveles alarmantemente elevados en la población general. En otros países de África subsahariana, la epidemia se ha impuesto con firmeza y muestra escasos signos de debilitación, con la excepción de algunos indicios positivos principalmente en las zonas urbanas de unos pocos países de África oriental. La evolución de la epidemia no permite ningún respiro.

En otras palabras, la epidemia en África subsahariana sigue creciendo. Por cuánto tiempo seguirá así dependerá del vigor, el alcance y la eficacia de los programas de prevención, tratamiento y atención. Se requiere un avance urgente y radical en todos esos frentes, y al unísono. De lo contrario, supondrá un fracaso.

La respuesta mundial se ha ampliado de forma significativa en los últimos dos a tres años. El desembolso (nacional y externo) en programas del VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos volvió a aumentar en 2003, notablemente en África subsahariana. Actualmente están en funcionamiento docenas de órganos de coordinación nacional del SIDA, y un número creciente de países –muchos de ellos en África– ha empezado a ampliar el suministro de antirretrovíricos y otras medicaciones relacionadas con el SIDA a sus ciudadanos. Pero, por el momento, esos progresos no se corresponden con la envergadura o el ritmo de las epidemias de la región.

A pesar de los recientes esfuerzos realizados en países como Botswana, el Camerún, Nigeria y Uganda, la cobertura de la terapia antirretrovírica sigue siendo ínfima en el conjunto de África

subsahariana. La Organización Mundial de la Salud (OMS) –la organización que se ocupa de la atención del VIH en el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)– y diversos asociados están desarrollando una estrategia mundial integral para proporcionar tratamiento antirretrovírico a tres millones de personas para 2005. Si se quiere alcanzar esta meta será necesario aumentar de forma radical y sostenida los recursos y el compromiso político, incluso en los países gravemente afectados. Las políticas y prácticas aplicadas para alcanzar dicho objetivo deben asegurar que el acceso al tratamiento sea equitativo y beneficie a los pobres y los sectores marginados de la sociedad, particularmente las mujeres.

Este enorme reto está emparejado con la prioridad de dar mayor impulso a los programas de prevención. Una prevención más eficaz y un acceso más amplio al tratamiento deberían ir unidos. Los esfuerzos de prevención pueden reducir la propagación del VIH, y la terapia antirretrovírica mitiga el impacto del SIDA.

Si bien en los últimos años han aumentado los conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA entre los jóvenes, en muchos países siguen siendo alarmantemente bajos, en particular entre las mujeres jóvenes. En demasiados lugares, los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias siguen brillando por su ausencia, y en los países gravemente afectados tan sólo el 1% de las mujeres embarazadas tiene acceso a servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. La cobertura de esos y otros servicios de prevención vitales debe ampliarse con suma urgencia. De igual importancia es fomentar unas comunidades protectoras contra el impacto de la epidemia. Resulta increíble que la mayoría de los países con epidemias generalizadas no dispongan aún de amplios programas para prestar la atención apropiada a los huérfanos.

ESTADÍSTICAS Y CARACTERÍSTICAS REGIONALES DEL VIH/SIDA, FINAL DE 2003

Región	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Adultos y niños recién infectados por el VIH	Prevalencia entre adultos(%)*	Defunciones de adultos y niños por causa del SIDA
África subsahariana	25,0 – 28,2 millones	3,0 – 3,4 millones	7,5 – 8,5	2,2 – 2,4 millones
África del Norte y Oriente Medio	470 000 – 730 000	43 000 – 67 000	0,2 – 0,4	35 000 – 50 000
Asia meridional y sudoriental	4,6 – 8,2 millones	610 000 – 1,1 millones	0,4 – 0,8	330 000 – 590 000
Asia oriental y Pacífico	700 000 – 1,3 millones	150 000 – 270 000	0,1 – 0,1	32 000 – 58 000
América Latina	1,3 – 1,9 millones	120 000 – 180 000	0,5 – 0,7	49 000 – 70 000
Caribe	350 000 – 590 000	45 000 – 80 000	1,9 – 3,1	30 000 – 50 000
Europa oriental y Asia central	1,2 – 1,8 millones	180 000 – 280 000	0,5 – 0,9	23 000 – 37 000
Europa occidental	520 000 – 680 000	30 000 – 40 000	0,3 – 0,3	2 600 – 3 400
América del Norte	790 000 – 1,2 millones	36 000 – 54 000	0,5 – 0,7	12 000 – 18 000
Australia y Nueva Zelandia	12 000 – 18 000	700 – 1 000	0,1 – 0,1	<100
TOTAL	40 millones (34 – 46 millones)	5 millones (4,2 – 5,8 millones)	1,1% (0,9 – 1,3%)	3 millones (2,5 – 3,5 millones)

* La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en 2003, basándose en las cifras demográficas de 2003.

Los márgenes de variación de las estimaciones presentadas en este cuadro definen los límites dentro de los que se encuentran las cifras reales, y se basan en la mejor información disponible. Esos márgenes son más precisos que los de años anteriores, y se está trabajando para aumentar más aún la precisión de las estimaciones que se darán a conocer a mediados de 2004.

Epidemias incipientes

Además de la epidemia que afecta África subsahariana, otras epidemias más recientes –como las de China, Indonesia, Papua Nueva Guinea, Viet Nam, algunas repúblicas de Asia central, los Estados bálticos y África del Norte– continúan creciendo. Viet Nam, por ejemplo, aporta pruebas recientes de cómo puede surgir repentinamente una epidemia de VIH/SIDA allí donde existen niveles importantes de consumo de drogas intravenosas. Ese país ha pasado a engrosar una creciente lista de naciones de Asia, Europa oriental, Medio Oriente y América Latina en las que el consumo de drogas intravenosas ha preparado la aparición de epidemias de VIH/SIDA. En estos lugares, como generalmente en la epidemia, el estigma y la discriminación figuran entre los mayores obstáculos que entorpecen los esfuerzos para invertir el curso del SIDA (véase p. 31).

Puede decirse lo mismo para las relaciones sexuales entre varones: una realidad que está tan pre-

sente en todas partes como su estigma y la negación de su existencia, y que continúa figurando en el centro de muchas de las epidemias que se están propagando en las Américas, Asia, África del Norte y Europa. No obstante, incluso cuando las pruebas indican claramente la preeminencia de este modo de transmisión en la epidemia, con frecuencia la vigilancia, la investigación, la prevención, la atención y las actividades de apoyo relativas al VIH evitan a los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

En la encrucijada

A nivel mundial, la respuesta al SIDA está pasando a una nueva fase. El compromiso político se ha fortalecido, la movilización de base es cada vez más dinámica, los fondos van en aumento, los programas de tratamiento están mejorando para adaptarse a las necesidades, y los esfuerzos de prevención se están ampliando.

Mejora en la exactitud de los cálculos sobre el VIH

Los cálculos nacionales sobre la prevalencia del VIH en países con epidemias generalizadas se basan en los datos obtenidos por los sistemas de vigilancia que se centran en las mujeres embarazadas que acuden a cierto número de centros de atención prenatal. El ONUSIDA y la OMS, en estrecha consulta con los países, emplean un método de seis pasos para estimar la prevalencia entre los varones y las mujeres. Un número creciente de países ha adoptado ese método para efectuar las estimaciones nacionales.

El método utilizado por el ONUSIDA y la OMS parte del supuesto de que la prevalencia entre las mujeres embarazadas es una buena aproximación a la prevalencia entre la población adulta (de 15 a 49 años de edad). Los estudios efectuados a nivel subnacional en diversos países de África han proporcionado pruebas a favor de este supuesto (comparando directamente la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios prenatales con la detectada entre la población adulta de la misma comunidad).

Últimamente, algunos países africanos han efectuado encuestas nacionales de población que incluían la prueba voluntaria del VIH. Los resultados han sido comparados con los cálculos de la prevalencia del VIH entre adultos basados en sistemas de vigilancia centinela. Una comparación de los datos de la encuesta nacional de Zambia de 2001 con los del sistema de vigilancia ha confirmado el supuesto de que la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas es aproximadamente equivalente a la prevalencia entre la población adulta, tanto en zonas rurales como urbanas.

Ambas fuentes de datos tienen ventajas y desventajas. Por un lado, las encuestas nacionales de población obtienen una representación mucho más amplia de la población general que las efectuadas en dispensarios prenatales (y pueden contener información sobre la prevalencia del VIH entre varones y mujeres no embarazadas). También ofrecen una mejor cobertura de la población rural que la vigilancia efectuada en centros de atención prenatal. Por el otro, el hecho de que algunos encuestados se nieguen a participar o no estén en su domicilio añade una considerable inexactitud a los cálculos sobre el VIH basados en las encuestas (con tasas de «no responde» que van del 24% al 42% en las últimas encuestas efectuadas en países africanos). Los cálculos pueden ajustarse si las características básicas de las personas que no responden pueden distinguirse. Pero sigue habiendo un importante punto ciego: la encuesta no puede medir el posible vínculo entre la ausencia de una persona o su rechazo a participar y una prevalencia del VIH mayor. El resultado es que las encuestas de población en la mayoría de los casos (en diferentes grados, según el país) tienen más probabilidades de subestimar la prevalencia real del VIH.

Pero, ¿hasta qué punto son correctos los cálculos sobre el VIH derivados de los dispensarios prenatales? Esos cálculos se basan en una serie de supuestos que tal vez no se apliquen igual de bien a todos los países y a todas las etapas de la epidemia. Además, la mayor parte de los sistemas de vigilancia basados en los dispensarios prenatales tienen una cobertura geográfica limitada, que puede llevar a grandes variaciones en la calidad del cálculo nacional de la prevalencia del VIH entre países.

No hay una regla de oro para la vigilancia del VIH. Todos los cálculos sobre el VIH deben evaluarse críticamente, tanto si se basan en encuestas nacionales como en datos de vigilancia centinela. Los datos recogidos en los dispensarios prenatales son especialmente útiles para calcular las tendencias del VIH. Las encuestas nacionales ayudan a configurar el panorama de la epidemia. Si se efectúan a intervalos de tres o cuatro años, dichas encuestas pueden servir como elementos valiosos de los sistemas de vigilancia y contribuir a mejorar los cálculos de los niveles y tendencias de la prevalencia del VIH.

Sin embargo, si se comparan con la magnitud de la epidemia mundial, el ritmo y el alcance actuales de la respuesta mundial al VIH/SIDA están muy lejos de lo que se requiere. La batalla contra el SIDA ha llegado a una encrucijada: una de dos,

o avanzamos lentamente haciendo progresos parciales, o bien oponemos a la epidemia toda la fuerza de nuestros conocimientos, recursos y compromiso. La elección es clara.

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Persisten los niveles elevados de nuevas infecciones por el VIH, que ahora coinciden con altos niveles de mortalidad por SIDA.

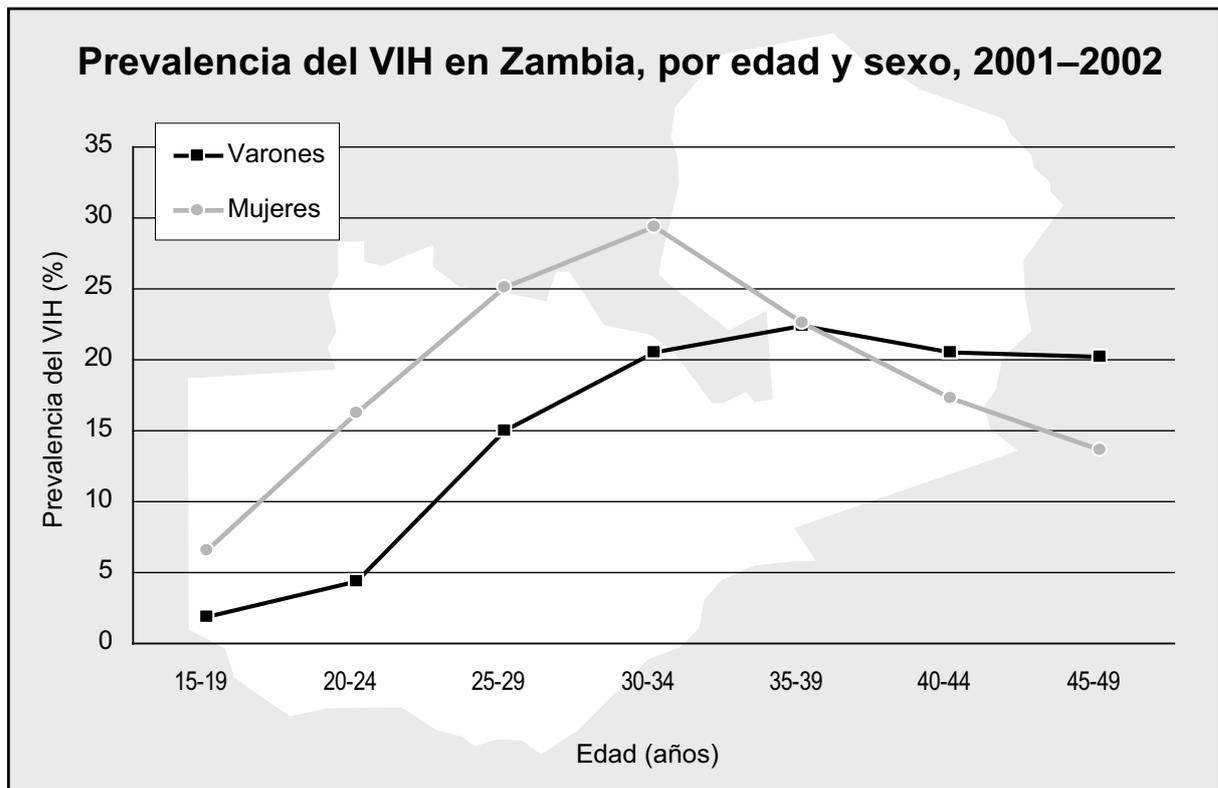
África subsahariana sigue siendo, con mucho, la región más afectada por la epidemia de VIH/SIDA. En 2003, se estimaba que unos 26,6 millones de personas vivían con el VIH, incluidos los 3,2 millones de nuevas infecciones que se produjeron durante el año pasado. El SIDA acabó con la vida de aproximadamente 2,3 millones de personas en 2003.

A diferencia de las mujeres de otras regiones del mundo, las africanas tienen muchas más probabilidades que los varones —por lo menos 1,2 veces más— de contraer la infección por el VIH. Entre los jóvenes de 15 a 24 años, esta proporción es más elevada (véase figura 1): en seis encuestas nacionales recientes, se ha observado que las mujeres

tienen dos veces y media más probabilidades de estar infectadas por el VIH que los varones. Estas diferencias se atribuyen a varios factores. Por un lado al hecho biológico de que el VIH por lo general se transmite más fácilmente de varón a mujer (que viceversa), pero también de que la actividad sexual tiende a iniciarse antes en las mujeres, y de que las muchachas suelen tener relaciones sexuales con parejas mucho mayores que ellas.

La prevalencia del VIH varía significativamente en todo el continente: desde menos del 1% en Mauritania a casi el 40% en Botswana y Swazilandia. Más de una de cada cinco mujeres embarazadas está infectada por el VIH en la mayoría de los países de África meridional, mien-

Figura 1



Fuente: Encuesta demográfica y de salud de Zambia, 2001-2002

tras que en otras partes de África subsahariana la prevalencia mediana del VIH¹ en los dispensarios prenatales supera el 10% en unos pocos países. Y aunque los esfuerzos continuos de prevención en algunos países de África oriental y occidental (principalmente en el Senegal y Uganda) siguen indicando que el VIH/SIDA puede controlarse con la intervención humana, los signos de que se estén haciendo avances similares en **África meridional** siguen siendo, como mucho, débiles.

mujeres embarazadas de las zonas rurales de África meridional es, en conjunto, significativamente más baja que en las urbanas. Esa subregión es, sin embargo, la más urbanizada del continente: más del 40% de la población vive en zonas urbanas.)

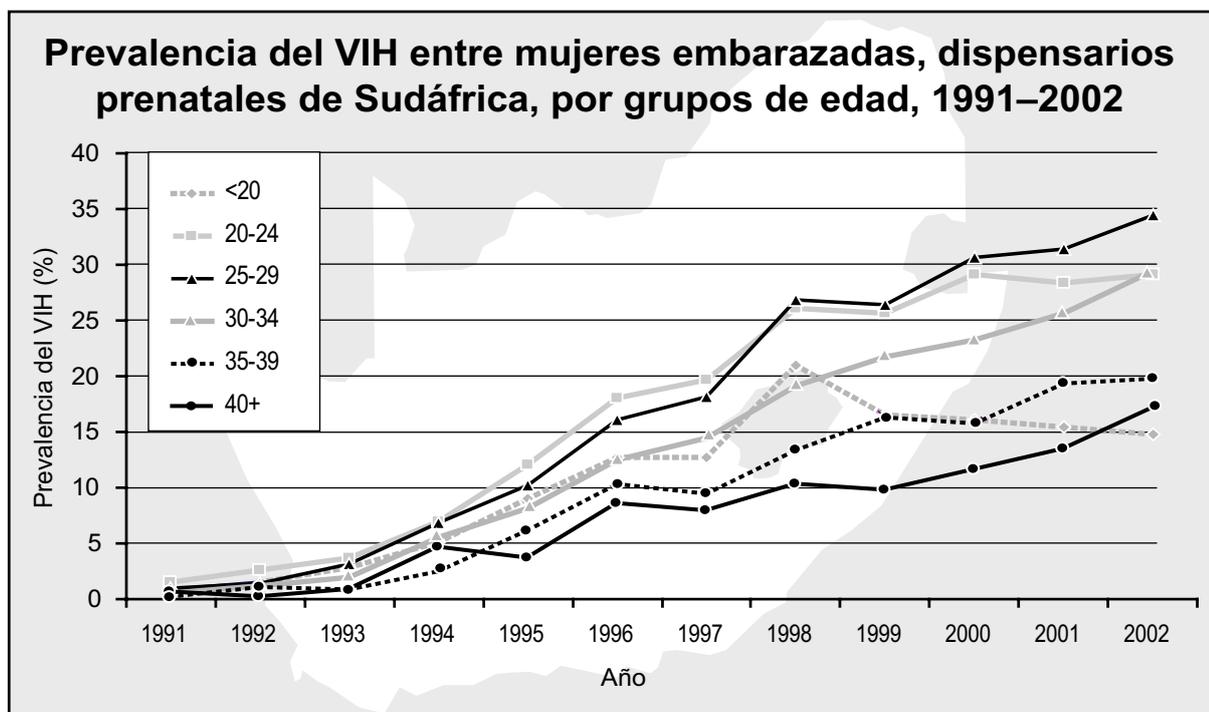
Como en otras partes del continente, los programas de prevención (y, cada vez más, de tratamiento y atención) se han intensificado en esta subregión. Aunque estos esfuerzos sean eficaces, hacen falta

África meridional alberga alrededor del 30% de las personas que viven con el VIH/SIDA en el mundo, y sin embargo tiene menos del 2% de la población mundial.

Un análisis de las tendencias efectuado en centros de atención prenatal de ocho países (entre 1997 y 2002) pone de relieve que la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas alcanza un 40% en Gaborone (Botswana) y Manzini (Swazilandia), casi un 16% en Blantyre (Malawi) y un 20% en Lusaka (Zambia). La prevalencia supera el 30% en la provincia fundamentalmente urbana de Gauteng (donde se encuentra Johannesburgo), mientras que la prevalencia mediana en Maputo era del 18% en 2002. (Nótese que la prevalencia del VIH entre las

varios años para que la disminución de las tendencias de la prevalencia del VIH se manifieste. Por el momento, en África meridional hay escasos indicios de tal disminución. Sin embargo, se ha observado una tendencia a la reducción de la prevalencia del VIH entre las jóvenes que acuden a los dispensarios de atención prenatal en Lilongwe (Malawi), donde la prevalencia entre las muchachas (de 15 a 24 años) era casi del 23% en 1996 y cayó al 15% en 2001. Aún hay que ver si se trata de un error o si este descenso está ligado a prácticas sexuales más seguras.

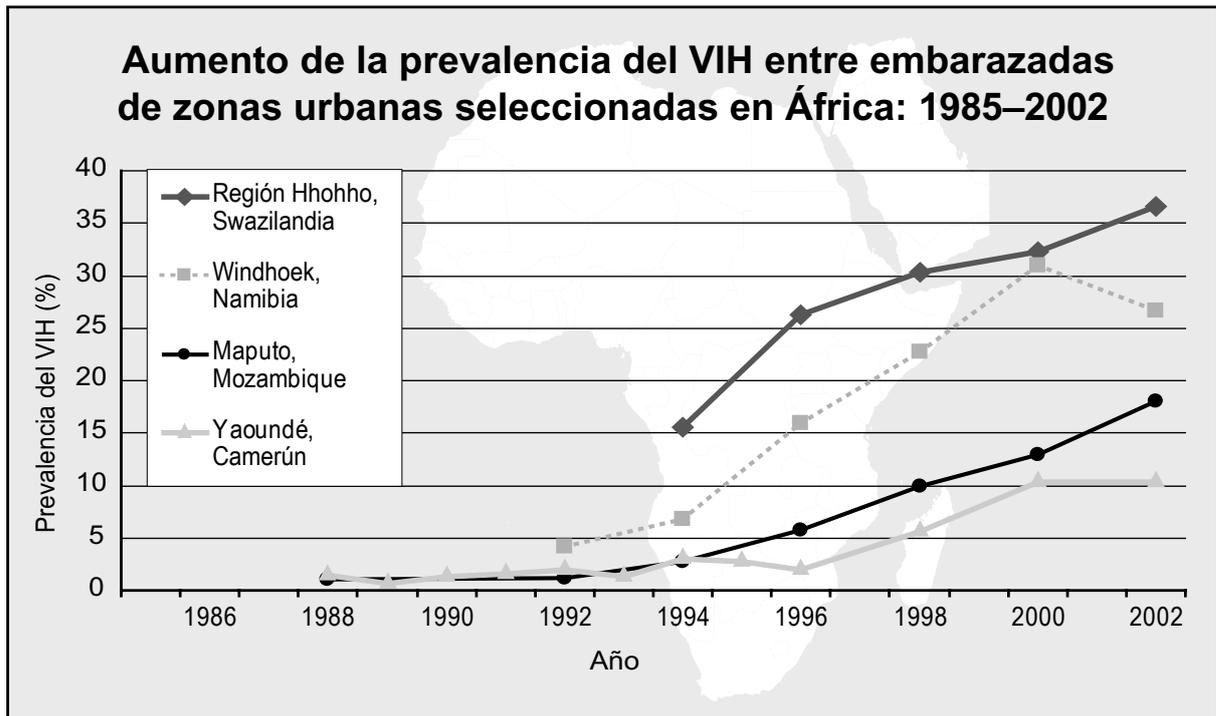
Figura 2



Fuente: Departamento de Salud, Sudáfrica

¹ La prevalencia mediana representa un punto intermedio con igual número de personas por encima y por debajo de dicho punto.

Figura 3



Fuente: Programas nacionales del SIDA (recopilado parcialmente por la Oficina del Censo de los Estados Unidos de América)

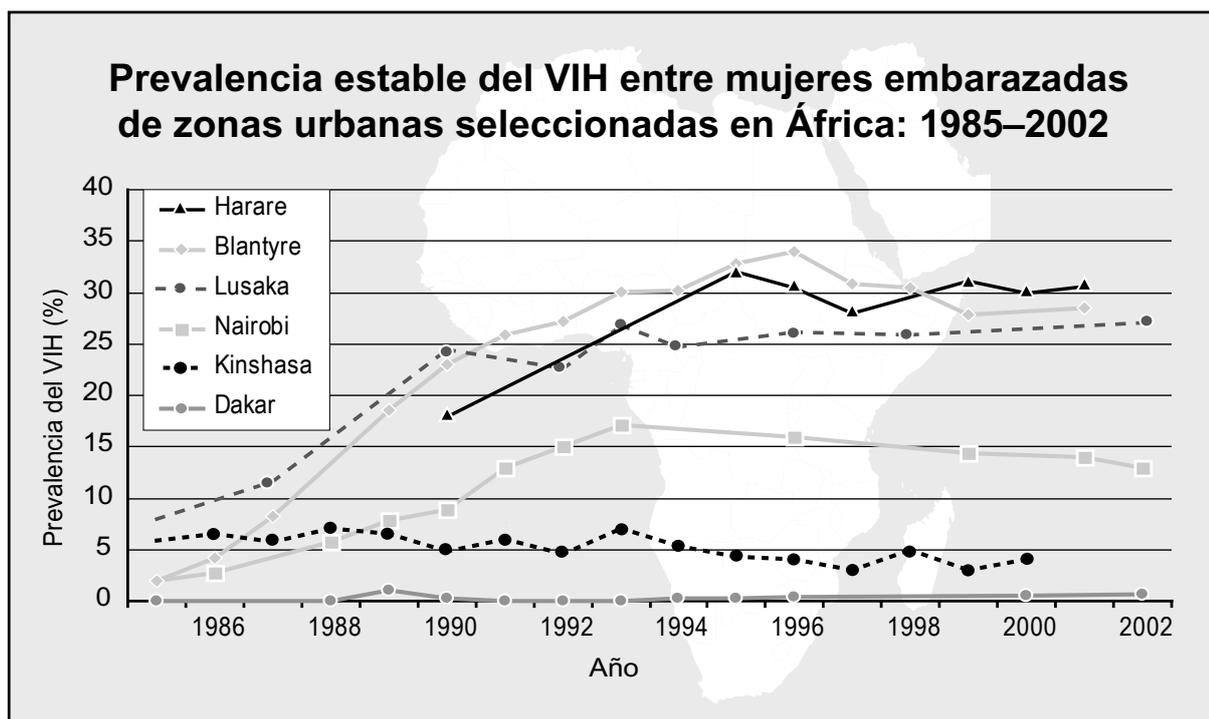
En Sudáfrica, los datos de vigilancia de 2002 señalan que la tasa promedio de prevalencia del VIH en todo el país en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales se mantiene aproximadamente al mismo nivel alto desde 1988: entre el 22% y 23% en 1998-1999, para ascender luego aún más, hasta alrededor del 25% en 2000-2002. La ligera disminución entre las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años ha quedado compensada por los niveles sistemáticamente altos de VIH entre las mujeres embarazadas de 20 a 24 años y el aumento de los niveles entre las mujeres de 25 a 34 años. En cinco de las nueve provincias del país —incluidas las más pobladas—, por lo menos el 25% de las mujeres embarazadas son actualmente seroposivas. Sin embargo, la epidemia varía dentro de Sudáfrica. La prevalencia del VIH, de casi un 37%, entre las mujeres que acuden a centros de atención prenatal en KwaZulu-Natal es unas tres veces más elevada que la de Cabo Occidental, la provincia con prevalencia más baja. Se estimaba que, sobre la base de la última ronda de vigilancia efectuada en dispensarios prenatales, 5,3 millones de sudafricanos vivían con el VIH a finales de 2002. Teniendo en cuenta que la epidemia en Sudáfrica es relativamente reciente y dadas las tendencias actuales, las defunciones por causa del SIDA seguirán aumentando rápidamente durante los próximos cinco años; en síntesis, lo peor aún está por llegar. Un programa antirretrovírico nacional aplicado con carácter

urgente podría proteger de manera significativa al país del impacto.

En cuatro países vecinos —Botswana, Lesotho, Namibia y Swazilandia—, la epidemia ha llegado a proporciones devastadoras. Allí, la prevalencia del VIH ha alcanzado niveles excepcionalmente altos sin indicios de disminución. En 2002, la prevalencia nacional del VIH en Swazilandia igualaba la de Botswana: casi un 39%. Sólo una década antes, era del 4%. Ni en Botswana ni en Swazilandia se ven signos de incipiente disminución de la prevalencia del VIH entre las muchachas embarazadas de 15 a 24 años. La prevalencia del VIH en los dispensarios prenatales de Namibia ascendía por encima del 23% en 2002, mientras que los datos más recientes de Lesotho (recopilados en 2003) indican una prevalencia mediana del VIH del 30% entre las mujeres que acuden a los dispensarios prenatales.

Las cifras dadas a conocer este año en Zimbabwe se han interpretado en el sentido de que la prevalencia del VIH entre adultos ha disminuido del 34% calculado a finales de 2001 al 25%, y que el país está invirtiendo el curso de la epidemia. Desgraciadamente, al parecer es una opinión sin fundamento. La nueva cifra representa una corrección estadística del cálculo de 2001, que se basaba en datos de centros de atención prenatal con una proporción significativa de irregularidades en las pruebas. (Además, hay nuevos datos disponibles de algunas zonas rurales, y el último

Figura 4



Fuente: Programas nacionales del SIDA (recopilado parcialmente por la Oficina del Censo de los Estados Unidos de América)

censo indica que Zimbabwe tiene una población total menor que la que se calculaba previamente.) Los cálculos corregidos, por lo tanto, no indican una disminución real de la prevalencia del VIH en el país, sino que confirman la estabilización de las tasas de prevalencia a niveles muy altos desde finales de los años 90. Al mismo tiempo, una evaluación de las tendencias en los mismos dispensarios prenatales con datos recogidos desde 1997 pone de manifiesto pocos indicios de una disminución.

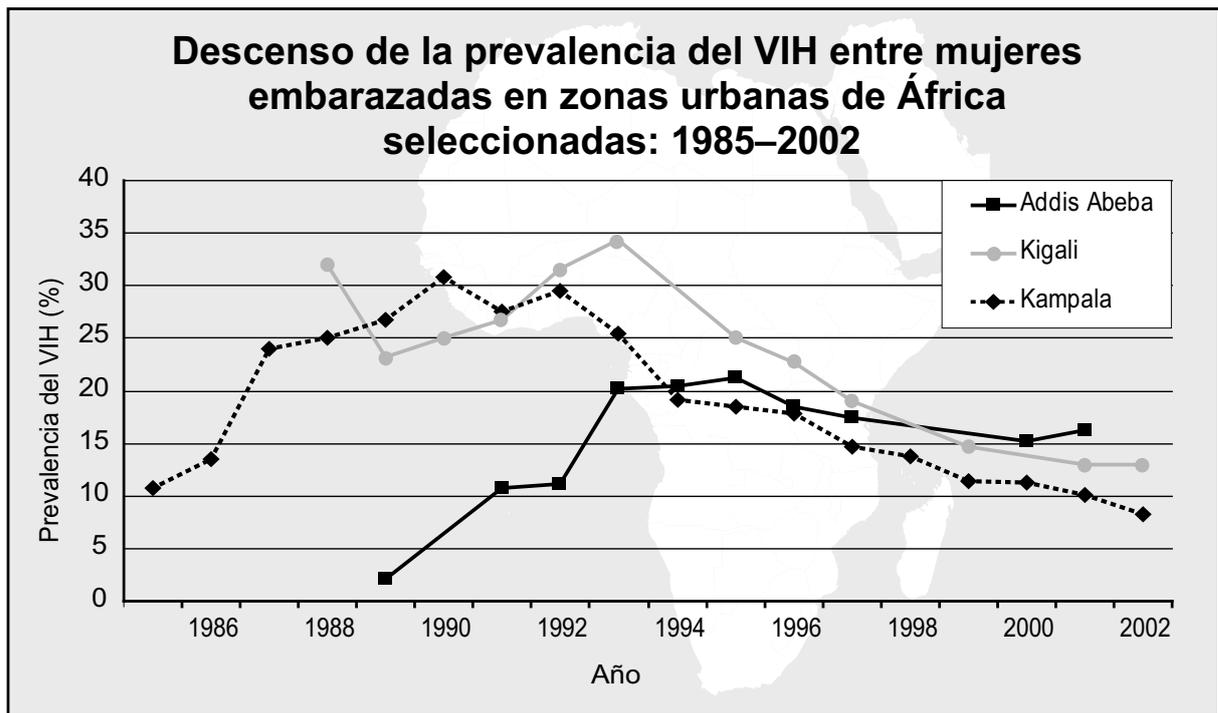
Se observan signos de que la epidemia se ha estabilizado en Zambia, donde la prevalencia nacional del VIH se mantiene estable desde mediados de los años 90. Una encuesta de población nacional en 2001/2002 reveló que casi el 16% de las personas de 15 a 49 años estaban de acuerdo en someterse a la prueba del VIH. Las conclusiones de la encuesta coincidían con los datos de vigilancia de los dispensarios prenatales de 2001.

En Mozambique, la prevalencia mediana del VIH variaba del 8% entre las mujeres embarazadas en el norte y el 15% y el 17% respectivamente en el centro y sur. La prevalencia mediana del VIH entre las mujeres que acudían a dispensarios prenatales de 36 lugares era del 14%, con la tasa de prevalencia más alta, 36%, entre las que iban a dispensarios prenatales en Mabote (provincia de Inhambane). La tasa más baja, 4%, se registró

entre las mujeres embarazadas de Mavago (provincia de Niassa).

Angola es motivo de preocupación a pesar de los niveles de VIH comparativamente bajos detectados hasta la fecha. Tras casi cuatro décadas de guerra, siguen habiendo enormes movimientos de población. Millones de personas han logrado abandonar las ciudades y los pueblos en los que estaban atrapados, se han vuelto a poner en marcha los movimientos comerciales internos y a través de las fronteras, y alrededor de 450.000 refugiados están regresando (muchos de países vecinos con elevadas tasas de prevalencia del VIH). Estas condiciones podrían preparar una erupción repentina de la epidemia. En Luanda, los resultados preliminares sobre las pruebas del VIH realizadas en cinco dispensarios prenatales indican una prevalencia mediana de alrededor del 3%, a pesar de que una encuesta efectuada en 2001 entre los profesionales del sexo de esa ciudad indicó que el 33% era VIH-positivo. Aunque hay muy poca información precisa disponible sobre el avance de la epidemia en otras partes de Angola, no hay duda de que la respuesta del país al VIH/SIDA debe mejorar mucho. Las actividades de prevención son escasas y poco frecuentes, se han creado muy pocos centros para pruebas voluntarias y el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA es muy bajo.

Figura 5



Fuente: Programas nacionales del SIDA (recopilado parcialmente por la Oficina del Censo de los Estados Unidos de América)

En **África oriental** y partes de **África central** el panorama es distinto. La prevalencia del VIH sigue retrocediendo en Uganda, donde cayó al 8% en Kampala en 2002, un logro notable teniendo en cuenta que la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de dos dispensarios prenatales de la ciudad llegaba al 30% hace una década. Disminuciones similares se repiten en toda Uganda, donde las tasas de prevalencia de dos cifras son ahora raras.

Hasta la fecha, ningún otro país ha igualado este logro, al menos no a nivel nacional. No obstante, la proporción de mujeres embarazadas con un resultado positivo en las pruebas del VIH en los dispensarios prenatales ha disminuido en la capital de Rwanda, Kigali, al 13% (de un máximo de casi el 35% en 1993). A pesar de ello, teniendo en cuenta los masivos movimientos de población tras el genocidio de 1994, las comparaciones a lo largo del tiempo en Rwanda deben hacerse con cuidado. En Addis Abeba, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años ha bajado casi tan bruscamente, hasta alrededor del 11% en 2003, después de haber llegado a su punto más alto en 1995, aproximadamente de un 24%. Esto podría señalar una evolución significativa, dado que la epidemia en Etiopía está mayoritariamente concentrada en las ciudades (con una prevalencia del VIH de menos del 2% entre las mujeres

embarazadas de las zonas rurales). En ese país, casi 72 000 reclutas del ejército se hicieron las pruebas del VIH durante 1999-2000. La prevalencia del VIH entre los reclutas urbanos y rurales era del 7,2% y el 3,8%, respectivamente. En otras partes de la subregión, la epidemia continúa afianzada. La encuesta nacional de 2002 en Kenya reveló que el 10% de las mujeres embarazadas eran seropositivas. Además, las tendencias en los lugares de vigilancia sistemática indican una tímida disminución de la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas en los últimos tres años.

La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas se ha mantenido en un nivel bajo en Kinshasa (República Democrática del Congo). Datos más recientes de otros lugares urbanos y rurales procedentes de las partes del país controladas por el Gobierno indican que la prevalencia del VIH en 2003 quizá sea de un 5%, o menos, en vastas zonas de la república, con la excepción de la provincia de Katanga, en el sudoeste, limítrofe con Zambia, donde la prevalencia es del 6%, y posiblemente en las partes orientales del país, donde las actividades de vigilancia quedaron postergadas en 2003.

En **África occidental**, hay diversas epidemias en curso. Sigue dando resultados la decisión del Senegal en los comienzos de su epidemia de invertir masivamente en programas de prevención y sensibilización del VIH en los años 80 (cuando las tasas

de infección por el VIH aún eran muy bajas). Las iniciativas de programas sostenidos han estabilizado los niveles de prevalencia del VIH entre las embarazadas en alrededor del 1% desde 1990, con esos niveles afianzados a lo largo de 2002, pero con una prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo que ha aumentado ligeramente durante la última década. En Dakar, la prevalencia entre los profesionales del sexo se elevó del 5% de 1992 al 14% en 2002, mientras que en la ciudad de Kaolack subió del 8% en 1992 al 23% en 2002. Las encuestas de población y otras encuestas indican que los niveles de prevalencia del VIH en adultos continúan relativamente bajos en otros países del Sahel: alrededor del 2% en Malí, y 1% o menos en Gambia, Mauritania y Níger. Burkina Faso,

como Ghana, presenta tendencias estables. En este último caso, la prevalencia mediana del VIH entre las mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios prenatales ha fluctuado entre el 2% y poco más del 3% desde 1994 (y apenas excedió del 4% en la capital, Accra, en 2002).

La situación es más grave en Côte d'Ivoire, que aún sufre la prevalencia del VIH más alta de África occidental. En algunas de las regiones del país, más de una de cada 10 mujeres embarazadas está infectada por el VIH, aunque en 2002, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas disminuyó en Abidján a su nivel más bajo (7%) de la década. Los datos de vigilancia más recientes de Nigeria (2001) parecen indicar una anomalía,

Las estimaciones más precisas apuntan que el número de personas que viven con el VIH/SIDA en África subsahariana continúa aumentando

Los últimos cálculos del ONUSIDA y la OMS dan a entender que el número de personas que viven actualmente con el VIH/SIDA en África subsahariana es inferior a la estimación de 2002. La obtención de datos más ajustados y un mejor conocimiento de la epidemia han hecho posible que la Secretaría del ONUSIDA y la OMS realizaran unas estimaciones más precisas para la región, corrigiendo la sobrestimación correspondiente a aquel año. Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH/SIDA ha continuado aumentando.

- La vigilancia mejorada y ampliada ha puesto de manifiesto que la prevalencia del VIH en zonas rurales es menor que lo previsto y que las diferencias entre los niveles de infección en las zonas rurales y urbanas en algunos países son mayores de lo que se pensaba antes. Los sistemas ampliados de vigilancia del VIH y las encuestas nacionales han proporcionado nuevos datos de zonas rurales remotas de diversos países, entre los que figuran Burundi, Etiopía, Rwanda y Zambia. En esos países, se han obtenido estimaciones inferiores de la prevalencia nacional del VIH. Tales mejoras en la recopilación y análisis de datos contribuirán a seguir mejorando nuestro conocimiento de la epidemia, un objetivo primordial del ONUSIDA.
- Con arreglo a los nuevos datos del censo, la División de Población de las Naciones Unidas ha ajustado a la baja las poblaciones totales estimadas de algunos países. En ellos, como es el caso de Mozambique y la República Democrática del Congo, un ajuste que indica una población menor también significa que el número total de personas que viven con el VIH/SIDA es más bajo, aun cuando el porcentaje estimado continúa siendo el mismo.

Zimbabue es un ejemplo de un país en el que se hizo un importante ajuste a la baja en la estimación de personas que viven con el VIH/SIDA. En ese país, las cifras hechas públicas este año han situado la prevalencia nacional del VIH en adultos en un 25%, mientras que a final de 2001 esa tasa era del 34%. Por desgracia, esto no se corresponde con un descenso real del 9% en la prevalencia. La nueva cifra representa una corrección estadística de la estimación de 2001, que se basó en datos prenatales con una proporción importante de irregularidades en las pruebas. Además, los nuevos datos se han obtenido a partir de una encuesta nacional. Por consiguiente, las estimaciones corregidas, si bien son menores, no indican un descenso real en la prevalencia del VIH en el país.

Si se aplican esos datos y conocimientos mejorados de la epidemia a años anteriores, se observa un incremento constante en los últimos años en el número de personas que viven con el VIH/SIDA en África subsahariana, aun cuando la prevalencia se haya mantenido aproximadamente estable. El número de defunciones por SIDA también ha ido aumentando, en correspondencia con los incrementos en la prevalencia que se produjeron hace muchos años y con el acceso limitado a las medicaciones antirretrovíricas que prolongan la vida.

pues las ciudades más importantes del país tienen una prevalencia más baja (de hecho, por debajo del 5%) que varias ciudades más pequeñas clasificadas como rurales, sobre todo en el sur.

A pesar de las mejoras generalizadas que se observan en toda África en los últimos años, la cobertura de los sistemas de vigilancia del VIH en unos pocos países sigue siendo demasiado escasa para ofrecer datos que reflejen la propagación y las tendencias actuales de la epidemia. En la mayor parte de los casos, las guerras y los conflictos han sido los principales culpables, especialmente en Angola, la República Democrática del Congo, Liberia y Somalia, donde los datos de vigilancia siguen siendo insuficientes.

Ahora está claro que en la mayor parte de África subsahariana (incluidas partes de África meridional), la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas, en líneas generales, se ha mantenido estable durante los últimos años, aunque a niveles muy altos en África meridional. Esta aparente «estabilización» de la prevalencia del VIH ha sido interpretada por algunos observadores como un indicio de que la epidemia de VIH/SIDA podría haber alcanzado un punto culminante en África subsahariana. Lamentablemente, no hay pruebas disponibles que fundamenten tales conclusiones.

Hay dos factores que contribuyen a la aparente estabilización de las tasas de prevalencia observada en gran parte de la región: las tasas de mortalidad por causa del SIDA y la incidencia del VIH. La combinación de tasas elevadas (y en algunos países en ascenso) de mortalidad por SIDA y la persistentemente alta incidencia del VIH ha hecho que la prevalencia del VIH se mantenga, en líneas generales, estable. En Zambia, por ejemplo, la prevalencia nacional del VIH parece haberse mantenido relativamente estable durante los últimos 8-10 años. Como se calcula que cerca de 80.000 personas que viven en Zambia contrajeron anualmente la infección durante ese periodo, la prevalencia general se ha mantenido estable, puesto que el SIDA ha acabado con la vida de igual número de personas por año. La prevalencia del VIH, por tanto, podría parecer estable, pero oculta el hecho de que el persistentemente elevado número de nuevas infecciones anuales por el VIH se está emparejando con el igualmente elevado número de defunciones por causa del SIDA.

De modo que no estamos siendo testigos de una disminución de la epidemia en esta región. No

hay motivo para el exceso de confianza. A falta de intervenciones eficaces, la epidemia seguirá causando estragos en estos países.

Las epidemias de la región son variadas y diversas, lo que significa que hay que comprender mejor los factores que contribuyen a impulsarla, así como las circunstancias e intervenciones que podrían inhibir la propagación del VIH. Y esto es especialmente válido para África meridional, donde los factores estructurales —incluidas las desigualdades socioeconómicas y socioculturales— parecen dificultar las respuestas eficaces.

Los informes nacionales sobre el seguimiento de los progresos hacia la realización de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de junio de 2001) ponen de manifiesto que un gran número de países carecen de políticas nacionales para los huérfanos, que la cobertura de asesoramiento y pruebas del VIH está obsoleta, y que la prevención de la transmisión maternoinfantil es prácticamente inexistente en muchos de los países más castigados. Más del 70% de los países que informan desde África de los esfuerzos para reducir la transmisión del VIH a los lactantes y niños pequeños prácticamente no tienen programas para administrar terapia antirretrovírica profiláctica a las mujeres durante el parto y a los recién nacidos. Casi la mitad de los países africanos declaran que no han adoptado una legislación para impedir la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA, y sólo uno de cada cuatro países informa de que por lo menos el 50% de los pacientes con otras infecciones de transmisión sexual (cofactores de la infección por el VIH) han sido diagnosticados y reciben asesoramiento y tratamiento. Aunque la cobertura de tratamiento sigue siendo baja (se calcula que sólo 50.000 personas tuvieron acceso a los fármacos antirretrovíricos en 2002), algunos países, como Botswana, el Camerún, Eritrea, Nigeria y Uganda han hecho serios esfuerzos para ampliar el acceso a los fármacos antirretrovíricos, tanto en el sector público como privado.

En las últimas dos a tres décadas, también se ha producido un resurgimiento del apoyo político, la formulación de políticas más sólidas, un incremento de fondos, y acciones para proteger a las sociedades de los efectos de la epidemia, impulso éste que debe mantenerse para invertir el curso de la pandemia.

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

La prevalencia del VIH sigue aumentando en los Estados bálticos, la Federación de Rusia y Ucrania. En Asia central, la epidemia se está extendiendo rápidamente.

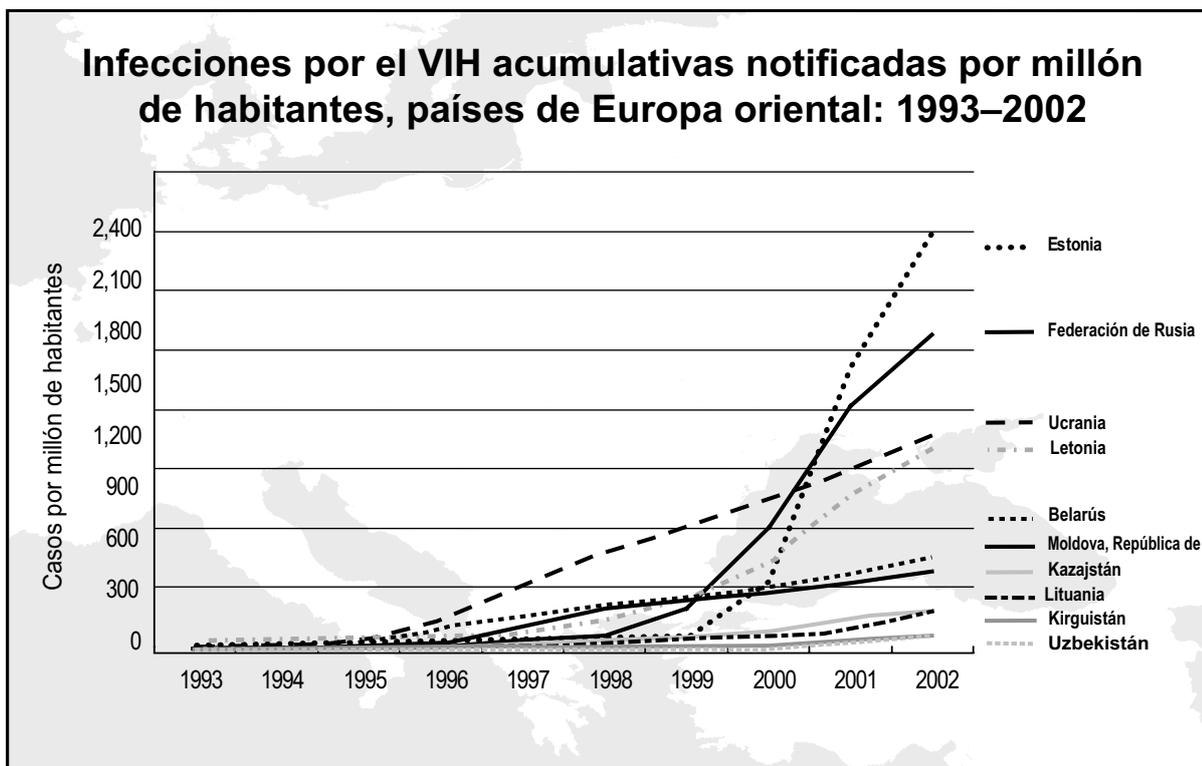
La epidemia de SIDA en Europa oriental y Asia central no muestra indicios de disminución. Unas 230.000 personas se infectaron por el VIH en 2003, llevando el número total de personas que viven con el virus a 1,5 millones. El SIDA se cobró alrededor de 30.000 vidas el año pasado.

Los más castigados son la Federación de Rusia, Ucrania y los Estados bálticos (Estonia, Letonia

15 a 49 años viven con el VIH en la Federación de Rusia (aunque diversos cálculos de ese país sitúan la cifra entre 600.000 y 1,5 millones).

Los comportamientos de riesgo extendidos entre los jóvenes —el consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección— contribuyen a propagar estas epidemias. Un número extraordinariamente elevado de jóvenes consume

Figura 6



Fuente: Programas Nacionales del SIDA (2002) Vigilancia del VIH/SIDA en Europa. Informe de final de año. Datos recopilados por el Centro Europeo de Seguimiento Epidemiológico del SIDA.

y Lituania), pero el VIH continúa propagándose en Belarús, Moldova y Kazajstán, mientras que epidemias más recientes se hacen visibles en Kirguistán y Uzbekistán. En la actualidad, se estima que alrededor de un millón de personas de

drogas intravenosas de manera habitual o intermitente, lo que se refleja en una prevalencia del VIH en aumento entre los consumidores de drogas intravenosas en toda la antigua Unión Soviética. La utilización del preservativo suele ser baja entre los

jóvenes, incluidos los que corren mayor riesgo de transmisión del VIH en Europa oriental y Asia central. Según una encuesta realizada en la Federación de Rusia, menos de la mitad de los adolescentes de 16 a 20 años utilizaba preservativos cuando tenía relaciones sexuales con parejas ocasionales. El porcentaje de profesionales del sexo que informan de un uso sistemático del preservativo rara vez llega al 50%, mientras que entre los consumidores de drogas intravenosas, menos de un promedio del 20% indica un uso sistemático de preservativos.

tiene menos de 20 años; en Belarús, el 60% de esas personas tiene entre 15 y 24 años, mientras que en Kazajstán y Kirguistán más del 70% de las personas seropositivas tiene menos de 30 años. En la Federación de Rusia, el 80% de los casos de VIH debidos al consumo de drogas intravenosas se produce en personas que aún no han cumplido los 30 años, en contraste con la situación de Europa occidental y los Estados Unidos de América, donde sólo el 30% de los casos notificados son de personas menores de 29 años de edad.

Los niveles persistentemente altos del comportamiento de riesgo entre los jóvenes –principalmente el consumo de drogas intravenosas y, en menor medida, las relaciones sexuales peligrosas– impulsan la epidemia.

Un fenómeno relativamente nuevo en estos países es que el consumo de drogas intravenosas se ha instalado en medio del brusco cambio social, ampliando las desigualdades y la consolidación de las redes internacionales de tráfico de drogas en la región. Según algunas estimaciones, podría haber hasta tres millones de consumidores de drogas intravenosas sólo en la Federación de Rusia, más de 600.000 en Ucrania y hasta 200.000 en Kazajstán. (En Estonia y Letonia, se ha calculado que hasta el 1% de la población adulta se inyecta drogas, mientras que en Kirguistán, la cifra se acercaría al 2%.) La mayoría de estos consumidores de drogas son varones, muchos muy jóvenes; en San Petersburgo, los estudios indican que el 30% tiene menos de 19 años, mientras que en Ucrania, el 20% es adolescente. Una encuesta efectuada entre jóvenes de Moscú de 15 a 18 años concluyó que el 12% de los varones se había inyectado drogas. En general, se estima que el 25% de los consumidores de drogas en toda Europa oriental y Asia central tiene menos de 20 años de edad. El uso de material de inyección no estéril, a menudo porque se comparte, sigue siendo la norma. En Moldova, por ejemplo, se calcula que el 80% de los consumidores comparten el material de inyección (con frecuencia para mostrar la confianza en otros consumidores), mientras que una muestra de Moscú indicó que el 75% de los consumidores había compartido material de inyección durante el mes anterior.

Entre los casos de VIH notificados en la región predominan los de jóvenes. En Ucrania, el 25% de las personas con diagnóstico positivo del VIH

La prevalencia del VIH sigue aumentando en la Federación de Rusia, que continúa cargando con la peor epidemia de la región. A finales de 2002, se había diagnosticado el VIH a un total acumulativo de 229.000 personas. Casi la cuarta parte (50.400) de ese total se había añadido sólo en 2002, lo que indica que la epidemia crece a una tasa alarmante. Además, estos casos notificados representan muy probablemente un número mucho menor que la cifra real de personas que viven con el VIH.

La mayor parte de estas infecciones se producen por el uso de material de inyección contaminado, y los varones jóvenes son los más afectados por la epidemia. Pero hay otra pauta que empieza a resultar alarmante. Las mujeres representan ahora una parte en aumento de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH: el 33% en 2002, en comparación con el 24% del año anterior. Una de las consecuencias es el brusco aumento de la transmisión maternoinfantil del virus. Estas pautas son más evidentes en regiones donde la epidemia se instaló hace varios años, como Kaliningrado (al oeste del país) y Krasnodar (al sudoeste). Indican el comienzo de una nueva fase de la epidemia en algunas partes del país, donde la propagación del virus por vía sexual pasa a ser el rasgo más característico. Como la mayoría de los consumidores de drogas son jóvenes sexualmente activos, gran parte de las nuevas infecciones ocurren a través de la transmisión sexual (a menudo cuando los consumidores de drogas o sus parejas, infectados por el VIH, tienen relaciones sexuales sin protección).

La epidemia de la Federación de Rusia, aunque avanza a un ritmo constante, todavía está en sus fases iniciales. Se ha detectado el VIH en 88 de los 89 territorios administrativos, pero su propagación es despareja en todo este vasto país. En unos pocos lugares, como la región de Nizhny Novgorod, las intervenciones parecen haber estabilizado las epidemias localizadas. Pero por lo menos en nueve territorios hay epidemias graves en franco avance y el virus se ha instalado con firmeza en otros 11.

Estas pautas subrayan la necesidad de una respuesta más enérgica y amplia que disminuya la vulnerabilidad de los jóvenes y les ayude a reducir

Aunque las cifras generales de las infecciones siguen siendo bajas, la propagación del VIH continúa a un ritmo alarmante en los Estados bálticos. En 2002, el número total de casos de VIH diagnosticados en Letonia, 2.300, era cinco veces mayor que el de 1999. Hace tan solo cuatro años, Estonia notificó 12 nuevos casos de VIH; en 2002, hubo 899 nuevos diagnósticos del virus. Lituania va por un camino similar. Allí, los 72 nuevos casos de VIH detectados en 2001, aumentaron más de cinco veces en 2002. Lituania parece enfrentarse a dos epidemias distintas: una que afecta principalmente a los consumidores de drogas intravenosas en las

Existe la preocupación de que se puedan estar produciendo epidemias ocultas entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, así como entre otros grupos expuestos a un gran riesgo de infección.

el consumo de drogas intravenosas y los comportamientos sexuales de riesgo. Esto implica un mayor acceso a la información, así como a los medios y servicios de prevención. La reducción del daño es la piedra angular de esa respuesta amplia, y debe extenderse rápidamente para atender las necesidades de los jóvenes consumidores de drogas que se enfrentan a inminentes y altos riesgos de infección por el VIH. También debería prestarse especial atención a sus parejas sexuales, predominantemente de sexo femenino, a los varones que tienen relaciones sexuales con varones y a los muchachos y muchachas profesionales del sexo. La prevención de la transmisión materno-infantil es una nueva prioridad urgente. Pero no se puede seguir pasando por alto la creciente necesidad de tratamiento y atención de las personas que viven con el VIH.

Gran parte de lo mismo es válido para Ucrania (donde a finales de 2002, se había diagnosticado oficialmente el VIH a un total acumulativo de más de 52.000 personas), Belarús (con un total de 4.700 personas con diagnóstico positivo del VIH) y Moldova (que ha notificado cerca de 1.700 casos de VIH), países todos con epidemias comparativamente más antiguas. A pesar de que la mayor parte de las infecciones por el VIH siguen ocurriendo entre los jóvenes que se inyectan drogas (y sus parejas sexuales), hay indicios de que las epidemias empiezan a propagarse a otros sectores.

regiones adyacentes a Kaliningrado (Rusia), y otra que se propaga entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en Vilnius.

El brote de VIH más reciente en la región se localiza en Asia central, donde las infecciones por el VIH notificadas han aumentado de manera exponencial: de las 88 de 1995 a 5.458 en 2002. Esto se debe fundamentalmente al brusco aumento de infecciones registrado en Kazajstán, Kirguistán y Uzbekistán. El VIH se ha propagado ya a todas las regiones de Kazajstán, mientras que la mayoría de los casos notificados en Kirguistán se concentran en la región de Osh, que sirve de ruta del tráfico de drogas a los países vecinos. Teniendo en cuenta que las cinco repúblicas de Asia central son un puente para el tráfico de drogas a gran escala hacia la Federación de Rusia y Europa, no es de extrañar que la mayoría de las infecciones actualmente estén relacionadas con el consumo de drogas intravenosas. De hecho, se cree que en algunas partes la heroína es ahora más barata que el alcohol. Como en el resto de la región, los jóvenes son los más afectados, junto con las personas especialmente vulnerables que viven marginadas de la actividad económica. En Kazajstán, por ejemplo, las tres cuartas partes de las personas seropositivas estaban desempleadas.

Estas epidemias, como son muy recientes, pueden detenerse si las iniciativas de prevención se dirigen a los que están más afectados actualmente

—los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo— y se apoyan con un trabajo de prevención entre los jóvenes. En algunos casos, hacen falta medidas de prevención incluso más elementales, como el cribado sistemático de las donaciones de sangre para detectar el VIH. Tayikistán, por ejemplo, según se informa, no hizo las pruebas al 40% de quienes donaron sangre en 2002.

Más al oeste, en Polonia, las nuevas infecciones por el VIH notificadas se han mantenido estables (aproximadamente en 500-600) desde mediados de los años 90. Una pauta similar se observa en la República Checa, Hungría y Eslovenia desde finales de los 90. Sin embargo, en parte de Europa sudoriental (particularmente en los países que emergen de conflictos y transiciones difíciles), el consumo de drogas intravenosas y los comportamientos sexuales de riesgo parecen estar en aumento, elevando la perspectiva de posibles brotes de VIH si no se introducen rápidamente medidas preventivas.

Los datos actuales se basan sólo en las personas que se han hecho la prueba del VIH, y no todos los grupos de personas potencialmente afectadas se han sometido a ella. Por tanto, los datos reflejan la situación entre esas personas y grupos (principalmente los consumidores de drogas intravenosas) que han estado en contacto con los programas de pruebas del VIH. Existe la preocupación de que se puedan estar produciendo epidemias ocultas entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, que están gravemente estigmatizados en toda la región. Se han documentado redes importantes de varones que tienen relaciones sexuales con varones en Asia central, Belarús y Ucrania. La intensa epidemia de Lituania está afianzada, por lo menos en parte, entre los varones que tienen rela-

ciones sexuales con varones, mientras que las tal vez incipientes epidemias de Croacia y Eslovenia parecen seguir un esquema similar. Algunas antiguas encuestas sobre los comportamientos sexuales en la Federación de Rusia y Ucrania ponían de manifiesto niveles elevados de relaciones sexuales sin protección en la primera mitad de la década de los 90, mientras que un estudio llevado a cabo en la Federación de Rusia en 2000 señalaba que los comportamientos sexuales de alto riesgo se mantenían en las comunidades de varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Un creciente número de países de la región comienza a afrontar el VIH/SIDA. La epidemia es ahora un tema presente en las cumbres de los jefes de Estado y de gobierno de la Comunidad de Estados Independientes. Al mismo tiempo, las personas que viven con el VIH/SIDA y otras agrupaciones de la sociedad civil empiezan a poder expresarse y a formar asociaciones con los gobiernos en Belarús, Kazajstán, Rumania y Ucrania. En la Federación de Rusia, un nuevo Consejo Asesor sobre el VIH/SIDA ha reunido por primera vez a sectores del Gobierno con organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA. Para apoyar estos avances tan recientes se ha reforzado la ayuda relacionada con el VIH/SIDA, que se ha sextuplicado desde finales de 2001 en toda la región (gracias, en parte, a la financiación del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Banco Mundial y otros donantes bilaterales de importancia). En el programa también figura ahora el suministro de tratamiento y atención para los 1,5 millones de personas que viven con el VIH/SIDA en toda la región. Estos avances, sin embargo, van acompañados de la creciente necesidad de brindar apoyo técnico para la gestión de recursos, y para la vigilancia y evaluación.

ASIA Y EL PACÍFICO

La epidemia se propaga a zonas y países donde, hasta hace poco, el VIH tenía escasa o ninguna presencia, incluidos China, Indonesia y Viet Nam (con una población de más de 1.500 millones de personas).

Más de un millón de personas de Asia y el Pacífico contrajeron el VIH en 2003, con lo que el número estimado de personas que viven en la actualidad con el virus es de 7,4 millones. Se estima que otras 500.000 personas fallecieron por causa del SIDA en 2003.

La prevalencia nacional del VIH en adultos sigue por debajo del 1% en la mayor parte de los países de la región. Sin embargo, esa cifra puede resultar engañosa. Algunos países de la región son tan grandes y están tan poblados que los totales nacionales pueden ocultar epidemias graves en algunas provincias y estados. Aunque la prevalencia nacional entre la población adulta en la India, por ejemplo, está por debajo del 1%, cinco estados estiman que está por encima del 1% entre adultos. Además, existen cada vez indicios más graves de amenaza

de brotes de VIH en diversos países. Los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales de sexos están tan presentes en algunas zonas que hasta en los países que en la actualidad presentan bajos niveles de infección se podría ver el súbito surgimiento de epidemias.

En partes de China, por ejemplo, se han encontrado tasas elevadas de prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas —35-80% en Xinjiang y 20% en Guangdong—, mientras que una grave epidemia de VIH ha afectado comunidades en las que en los años 90 se realizaron prácticas de extracción de sangre poco seguras. Las pruebas disponibles indican que el consumo de drogas intravenosas aumenta (con una elevada proporción de consumidores de drogas que usan agujas y jeringas contaminadas) y la utilización del preservativo sigue siendo baja entre los

Figura 7



Fuente: Informes de vigilancia centinela, Centro Nacional de Vigilancia del VIH/SIDA

profesionales del sexo y otros grupos vulnerables, como los varones que tienen relaciones sexuales con varones. En síntesis, la baja prevalencia nacional del VIH en China oculta el hecho de que hay en curso epidemias graves y concentradas desde hace muchos años en ciertas regiones (como Yunnan, Xinjiang, Guangxi, Sichuan, Henan y Guangdong), y listas para despegar en varias otras. La epidemia se ha propagado a 31 provincias (regiones autónomas y municipios) y el número de casos de VIH/SIDA notificados ha aumentado de manera significativa en los últimos años.

La mayor parte de estas nuevas epidemias emergentes son debidas al consumo de drogas intravenosas, con la propagación añadida del VIH a través del comercio sexual.

Tres países de Asia se han visto obligados a enfrentarse a graves epidemias nacionales: Camboya, Myanmar y Tailandia. Aunque todavía habrá que ver si las incipientes iniciativas de prevención de Myanmar limitarán la prevalencia del VIH al 1-2% notificada entre los jóvenes de 15 a 24 años de las zonas urbanas, la prevalencia nacional del VIH en adultos de Camboya se ha mantenido estable en alrededor del 3% desde 1997, gracias a los decididos esfuerzos para mantener la epidemia bajo control. La seroprevalencia parece haber descendido de manera significativa entre los profesionales del sexo de los prostíbulos —del 43% en 1998 al 29% en 2002— y entre la policía urbana, debido, en gran medida, al intenso programa de promoción del uso del preservativo apoyado por el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales. El Ministerio de Sanidad de Camboya calculó recientemente que, de no haber organizado esta respuesta, el país habría sufrido el triple de infecciones por el VIH.

El celebrado programa tailandés de uso sistemático del preservativo consiguió poner freno a la epidemia galopante en los años 90, con una prevalencia nacional del VIH rondando el 2% en 2002 y una prevalencia entre los reclutas de 21 años que descendió por debajo del 1% en 2002 (desde el elevado 4% de mediados de los 90). Tanto en Camboya como en Tailandia, dos grandes avances prepararon el camino hacia tales logros: el aumento del uso del preservativo en las relaciones sexuales remuneradas y el descenso en la frecuencia con que los varones visitan a los profesionales del sexo. Sin

embargo, el análisis indica que la transmisión del VIH entre cónyuges ha pasado a ser una causa más importante de nuevas infecciones, un recordatorio de lo inadecuado que es dirigirse sólo a los grupos vulnerables

Algo inusual para esta región es el caso de Camboya, donde los consumidores de drogas intravenosas han influido mínimamente en la epidemia, a diferencia de muchos otros países de la región, incluida Tailandia, donde los esfuerzos para limitar la transmisión del VIH debida al consumo de

drogas intravenosas parecen haber quedado rezagados. A menos que se produzca una rectificación en este sentido, podría llegarse a un resurgimiento de la epidemia en el país. El consumo de drogas intravenosas podría pasar a ser la vía principal de transmisión y el virus propagarse a otros consumidores, sus parejas sexuales e hijos.

Aunque Viet Nam, hasta la fecha, se ha librado de una epidemia grave, ahora se enfrenta a esa posibilidad. Las estimaciones más recientes fijan la prevalencia del VIH por debajo del 1%, pero ya están apareciendo brotes entre los consumidores de drogas intravenosas. Según las cifras oficiales, el 65% de las infecciones por el VIH en Viet Nam ocurren entre consumidores de drogas debido al uso de material de inyección contaminado. La vigilancia centinela de 2002 observó que más del 20% de los consumidores de drogas intravenosas, en la mayor parte de las provincias, era seropositivo. Ya hay indicios de que la epidemia se propaga a otras poblaciones vulnerables. Se han detectado tasas de prevalencia del VIH del 11% y 24% entre los profesionales del sexo de Can Tho y ciudad de Ho Chi Minh, respectivamente. Aunque se cree que muchos de esos profesionales también se inyectan drogas, existen cada vez más pruebas de que este aumento de las infecciones también se produce a través de las relaciones sexuales. Esta evolución no se limita sólo al sur; la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo alcanzó el 15% en Hanoi y el 8% en Hai Phong en 2002.

Figura 8



Fuente: Informes de vigilancia centinela, Oficina nacional contra el SIDA, Ministerio de Salud Pública, 1992-2001

Viet Nam se enfrenta a un doble reto urgente. Si se instauran programas de prevención del VIH se puede limitar la propagación del virus a través del consumo de drogas intravenosas, y proteger así no sólo a los consumidores de drogas, sino también a sus parejas sexuales y, en el caso de las consumidoras, a sus hijos. También es preciso actuar con rapidez para impedir una transmisión heterosexual del VIH potencialmente explosiva a la población general a través del comercio sexual. Las investigaciones señalan que una proporción significativa de varones de zonas urbanas pagan por tener relaciones sexuales. Conforme la sociedad vietnamita continúe liberalizándose y la migración hacia las zonas urbanas aumente, esta proporción podría ascender.

Myanmar, castigada ya por una epidemia más grave, no puede perder tiempo. El consumo de drogas intravenosas y el comercio sexual son los responsables de la mayor parte de las infecciones por el VIH, y existen informes que señalan que los trabajadores migrantes (especialmente de las minas de piedras preciosas y explotaciones madereras) se están convirtiendo en una vía importante de propagación del virus a sectores más amplios de la población. El ONUSIDA ha contribuido a conseguir un fondo especial para frenar la epide-

mia durante los próximos tres años, pero también son necesarias mejoras en el castigado sistema de salud pública. Hasta la fecha, sólo se han puesto en marcha actividades poco sistemáticas; para poner freno a la transmisión a través del comercio sexual y el consumo de drogas intravenosas, una respuesta nacional coordinada es ahora una prioridad absoluta.

Los signos de alarma tampoco disminuyen en Indonesia. Desde finales de los años 90 se han lanzado campañas de comercialización social del preservativo y de sensibilización sobre el SIDA, pero la utilización del preservativo sigue siendo baja, incluso en las relaciones sexuales remuneradas. Se estima que menos del 10% de los 7 a 10 millones de varones indonesios que frecuentan a las profesionales del sexo usan sistemáticamente el preservativo. En 2002, aproximadamente el mismo bajo porcentaje de profesionales del sexo de Yakarta manifestó hacer uso del preservativo durante las relaciones sexuales remuneradas. No es de extrañar que la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo siga un arco ascendente en las provincias fundamentalmente rurales, como Kalimantan y Papua, así como en las zonas de desarrollo industrial, como Riau.

Sin embargo, el mayor empuje a la epidemia en Indonesia lo produce el consumo de drogas intravenosas. En tres de las ciudades más importantes, más del 90% de los consumidores de drogas intravenosas utiliza material de inyección no estéril, y en una de ellas, hasta el 70% da cuenta de haber tenido relaciones sexuales no protegidas con profesionales del sexo. Los consumidores de drogas intravenosas son detenidos con regularidad y pasan temporadas en la cárcel, un entorno en el que los comportamientos de riesgo son habituales. Las posibilidades de una rápida transmisión del VIH a otras poblaciones y a la población en general son altas.

La región de Papua, Indonesia (Irian Jaya) comparte una isla con otro país, Papua Nueva Guinea. Tanto el lado indonesio como el de Papua Nueva Guinea tienen una elevada prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo. Para Indonesia parece ser la tasa más alta entre profesionales del sexo del país; en la ciudad de Sorong, la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo llegaba al 17% en 2002.

En las epidemias más antiguas, como las de Camboya y Tailandia, en la actualidad el VIH se propaga de manera significativa de las personas con comportamientos de alto riesgo hacia sus parejas sexuales.

Al otro lado de la frontera, en Papua Nueva Guinea, sólo el 15% de los profesionales del sexo informan de un uso sistemático del preservativo, y la prevalencia del VIH entre ellos ha alcanzado el 17%. De hecho, Papua Nueva Guinea tiene la tasa de infección por el VIH notificada más elevada del Pacífico, con una prevalencia de casi el 1% entre las mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios prenatales de Port Moresby. Papua Nueva Guinea tiene una política nacional sobre el VIH/SIDA desde 1989, pero estos últimos datos indican la urgente necesidad de reforzar las iniciativas de prevención.

El panorama del VIH/SIDA en **Asia meridional** sigue dominado por la epidemia en la India, donde para final de 2002, entre 3,82 y 4,58 millones de personas estaban infectadas. Al menos 300.000 personas contrajeron el VIH durante el pasado año, y ahora hay graves epidemias en curso en varios Estados, incluidos los de Maharashtra y Tamil Nadu (donde se ha encontrado una prevalencia del VIH de más del 50% en los profesionales del sexo en algunas ciudades), y en Manipur (con una prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas que va del 60% al 75%). Según la Organización Nacional de Control del SIDA de

la India (NACO), el VIH/SIDA no se limita a los grupos vulnerables ni a las zonas urbanas, sino que se propaga gradualmente a las zonas rurales y a sectores más amplios de la población. En estados como el de Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra, Manipur y Nagaland, las tasas de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas han sobrepasado el umbral del 1%, mientras que en Gijarat y Goa, la prevalencia del VIH entre las poblaciones con comportamientos de alto riesgo supera el 5% (aunque está por debajo del 1% entre las mujeres embarazadas). Para preocupación de todos, se sabe muy poco acerca de la propagación del VIH en el interior densamente poblado de Uttar Pradesh y otros estados septentrionales indios, donde la vigilancia actual del VIH ofrece un panorama incompleto de la epidemia. En otras partes, Maharashtra y Tamil Nadu ofrecen ejemplos localizados de lugares en los que los esfuerzos de prevención parecen producir ciertos progresos, pero aún no existen pruebas convincentes de que se

ponga freno a la epidemia en estados concretos, por no mencionar al país en conjunto.

En los vecinos Bangladesh y Nepal, la prevalencia nacional del VIH se ha mantenido por debajo del 1%, pero los comportamientos de riesgo en algunos sectores de la población están tan extendidos que la aparición de una epidemia más amplia podría ser sólo una cuestión de tiempo. En Katmandú, la capital de Nepal, las epidemias de VIH se concentran en los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo, jóvenes en su mayor parte. Entre los primeros, en los últimos años se ha detectado una prevalencia del VIH de un 68%, mientras que entre los últimos, la prevalencia ronda el 17%.

Los jóvenes son el centro del problema del SIDA en Nepal. Aunque los estudios indican que sus conocimientos sobre el VIH/SIDA son pasables, siguen siendo proclives a exponerse al VIH. La actividad sexual se inicia precozmente (casi uno de cada cinco adolescentes nepalíes ha tenido su primera relación sexual alrededor de los 15 años) y el uso del preservativo es muy bajo. Estudios en pequeña escala efectuados recientemente indican que las prácticas sexuales entre varones

son relativamente comunes, especialmente en Katmandú. Las relaciones sexuales sin protección son la norma, tanto entre parejas masculinas como entre esos varones y sus parejas femeninas.

Bangladesh plantea un gran problema similar, a pesar del hecho de que el VIH, por el momento, tiene una presencia tímida (incluso entre las poblaciones vulnerables). Casi la mitad de la población tiene menos de 15 años de edad, y los comportamientos de riesgo -incluidas unas elevadas tasas de consumo peligroso de drogas intravenosas, un floreciente comercio sexual y unas prácticas de transfusión de sangre peligrosas- están generalizados. Y las personas que participan en estas actividades a menudo las superponen: muchos profesionales del sexo también se inyectan drogas, los consumidores de drogas intravenosas a menudo frecuentan a los profesionales del sexo, y algunos estudios indican que los consumidores de drogas suelen vender su sangre. El uso del preservativo es casi inexistente. En el centro de Bangladesh, más del 90% de los profesionales del sexo no utilizan preservativos; en otras partes del país, prácticamente todos los profesionales del sexo encuestados indicaron haber tenido, en ocasiones, relaciones sexuales sin preservativos. Mientras tanto, se calcula que más del 90% de los consumidores de drogas intravenosas está expuesto a material de inyección contaminado. Además, los conocimientos sobre el SIDA son escasos: solamente cerca del 65% de los jóvenes, y menos del 20% de las mujeres casadas y el 30% de los varones casados ni siquiera han oído hablar del SIDA. El resultado de todo esto es un potencial muy

alto para la rápida transmisión del VIH. En la ronda de vigilancia más reciente, se observó que hasta el 4% de los consumidores de drogas intravenosas del centro de Bangladesh era seropositivo, mientras que en las rondas de vigilancia de años anteriores llegaba a alrededor del 1%.

Tanto Bangladesh como Nepal tienen una oportunidad única para impedir que sus epidemias empiecen a extenderse sin control. Aunque el último país ha puesto en marcha una estrategia nacional integrada sobre el SIDA, que también recurre a las iniciativas de una red nacional de organizaciones no gubernamentales, aún falta adoptar medidas básicas, como un cribado sistemático más amplio de la sangre en los hospitales.

Los pocos estudios de vigilancia del VIH disponibles para el Pakistán indican que la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas y profesionales del sexo era baja (entre el 0% y el 11,5%), con una prevalencia mediana del 0%. Sin embargo, desde finales de los años 90, un número creciente de los aproximadamente tres millones de consumidores de heroína de ese país ha empezado a inyectarse. Un estudio reciente efectuado entre consumidores de drogas de Quetta indicó que el 55% había utilizado material de inyección no estéril y aproximadamente la misma proporción había tenido relaciones sexuales con algún profesional del sexo. Sólo el 4% había usado alguna vez el preservativo, y solamente el 16% de los consumidores de drogas había oído hablar del SIDA.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La prevalencia nacional del VIH ha alcanzado, o superado, el 1% en 12 países, todos ellos en la cuenca del Caribe.

Actualmente son más de dos millones las personas que viven con el VIH en América Latina y el Caribe, incluidas las aproximadamente 200.000 que contrajeron el VIH el año pasado. Al menos 100.000 personas murieron de SIDA en el mismo periodo, el más alto número de víctimas mortales a escala regional después de África subsahariana y Asia.

El VIH/SIDA está muy arraigado en esta región, donde la prevalencia nacional del VIH es de al menos el 1% en 12 países, todos pertenecientes a la cuenca del Caribe. Las estimaciones nacionales más recientes han puesto de manifiesto que la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas alcanza o supera el 2% en seis de dichos países: Bahamas, Belice, la República Dominicana, Guyana, Haití y Trinidad y Tabago. Por el contrario, la mayoría de los demás países de la región presentan epidemias altamente concentradas, especialmente en América del Sur, donde el Brasil (sin duda alguna el país más poblado de toda la región) tiene a la gran mayoría de personas que viven con el VIH América Latina y el Caribe.

En la región se están observando modelos epidemiológicos característicos. En la mayoría de los países, todos los principales modos de transmisión

sexual a otras parejas sexuales), mientras que en América Central, la mayoría de las infecciones por el VIH parecen producirse por transmisión sexual (tanto heterosexual como entre varones). En el Caribe, predomina la transmisión heterosexual (y, en muchos casos, asociada al comercio sexual), aunque en Haití, la grave epidemia, que no remite, está ahora muy presente en el conjunto de la población. Una excepción digna de mención la encontramos en Puerto Rico, donde el consumo de drogas intravenosas parece ser el principal transmisor de la epidemia.

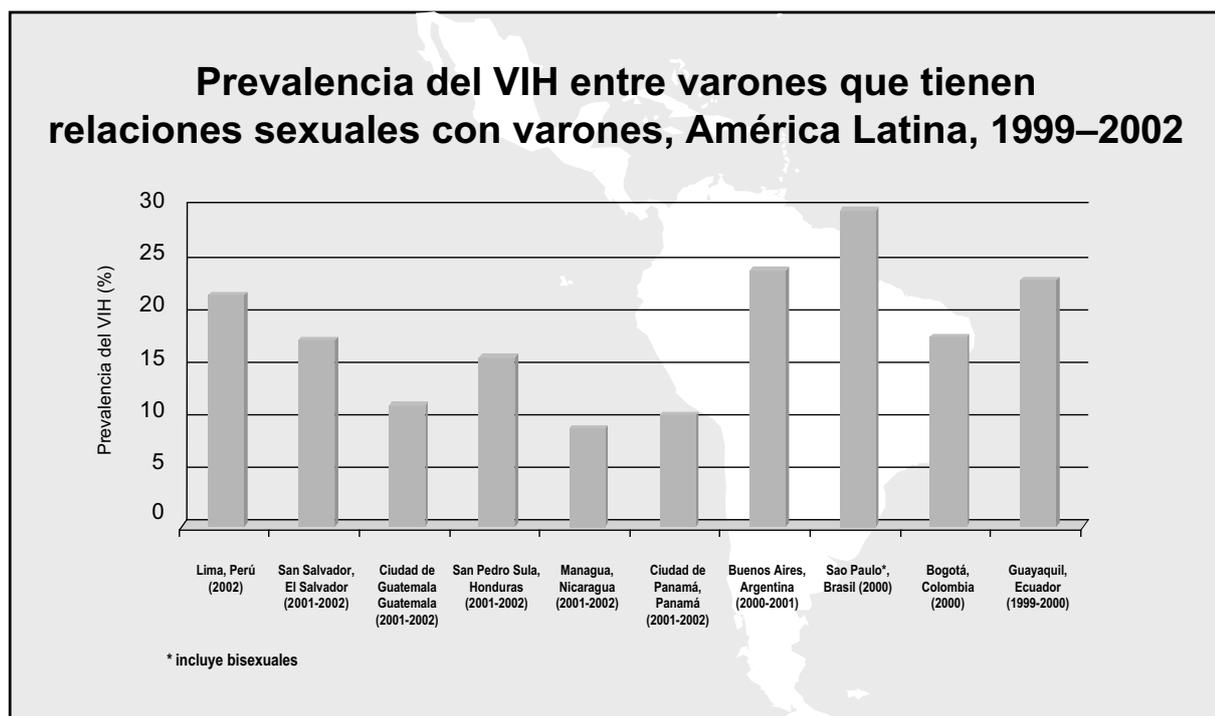
Dos de las epidemias más graves de la región son las de la isla La Española (Haití y la República Dominicana). En Haití, con el indicador de salud y otros indicadores de desarrollo más bajos de toda la región, los males se ven dramáticamente agravados por la epidemia de VIH, que, según las estimaciones, se cobra 30.000 vidas por año y ha dejado ya huérfanos a unos 200.000 niños. Los niveles de prevalencia nacional del VIH en Haití se han mantenido en el 5-6% desde finales de los años 80. No están claros los factores que contribuyen a esta evidente estabilización de la prevalencia nacional, si bien hay que señalar que la vigilancia centinela ha demostrado que los niveles de preva-

Las relaciones sexuales entre varones es una característica importante, si bien no reconocida en su justo grado, de la epidemia en América Latina.

coexisten en medio de importantes niveles de comportamientos de riesgo; por ejemplo: un inicio de la actividad sexual precoz, las relaciones sexuales sin protección con parejas múltiples, y el uso de material de inyección no estéril. En la mayor parte de los países sudamericanos, el VIH está transmitiéndose básicamente por medio del consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales entre varones (con la subsiguiente transmisión hetero-

lencia del VIH varían de modo espectacular (desde el elevado porcentaje del 13% en el noroeste hasta el 2-3% en el sur, a lo largo de la frontera con la República Dominicana). Con un 60% de la población menor de 24 años, es muy probable que en Haití se produzca un renovado aumento de la epidemia, principalmente por transmisión heterosexual. La utilización del preservativo es muy baja entre los jóvenes, pese al hecho evidente de que el

Figura 9



Fuentes: (1) Datos de Lima: HIV Infection and AIDS in Americas: lessons and challenges for the future. Provisional Report MAP/ EpiNet, 2003 (2) San Salvador, Ciudad de Guatemala, San Pedro Sula, Datos de Managua y Ciudad de Panamá: Multicenter study of HIV/STD prevalences and socio-behavioral patterns, PASCA/USAID (3) Datos de Buenos Aires: Avila, M., M. Vignoles, S. Maulen, et al., HIV Seroincidence in a Population of Men Having Sex with Men from Buenos Aires, Argentina (4) Datos de Sao Paulo: Grandi, J. L., Oliveria, Orival, et al., Busca Ativa de DST em Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (5) Datos de Bogotá: MS/INS/LCLCS/NMRC 2000 study (6) Datos de Guayaquil: Guevara J., Suarez P., Albuja C. y col. Seroprevalencia de infección por VIH y Grupos de Riesgo en Ecuador. Revista médica del Vozandes. Vol 14, No.1:7-10, 2002

conocimiento sobre el VIH/SIDA es relativamente alto (si bien más entre los varones que entre las mujeres).

Más al este, en la República Dominicana, los esfuerzos de prevención realizados en los últimos años parecen haber estabilizado la prevalencia del VIH entre la población de 15-24 años en Santo Domingo, la capital del país. Tras haber alcanzado, en la capital, el 3% en 1995, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de ese grupo de edad ha disminuido a menos del 1%. Entre los factores de esta reducción parecen figurar el mayor uso del preservativo y la disminución del número de parejas sexuales. No obstante, la situación parece ser diferente en otras ciudades, donde entre las profesionales del sexo se ha registrado una elevada prevalencia del VIH (12%), lo cual indica que es necesario aumentar y sostener los esfuerzos de prevención. Por otra parte, poco es lo que se sabe de las pautas del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, aspecto de potencial importancia en la epidemia de este país.

En América central, la prevalencia nacional del VIH ronda el 1% en Guatemala, Honduras y Panamá.

Los nuevos datos procedentes de un estudio internacional sobre la prevalencia del VIH indican que esta prevalencia en los profesionales del sexo varía de modo significativo: de menos del 1% en Nicaragua, el 2% en Panamá, el 4% en El Salvador y el 5% en Guatemala, a más del 10% en Honduras. La prevalencia del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones ha resultado igualmente alta en dichos países, desde el 9% en Nicaragua al 18% en El Salvador (véase figura 9). Estas conclusiones ponen de relieve la necesidad de aportar más recursos y esfuerzos para hacer frente a la epidemia entre los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

En Colombia y el Perú, la propagación del VIH se concentra principalmente entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones. En Bogotá se ha informado recientemente de que en ese grupo de población la prevalencia del VIH es del 18%, mientras que otra encuesta realizada en la misma ciudad mostró un uso sistemático del preservativo muy bajo en dicho grupo. Se hace hincapié en el considerable potencial para la transmisión del VIH que los varones que tienen relaciones sexuales con varones representan para sus parejas femeninas, y

para sus hijos. Los estudios procedentes del Perú confirman esta preocupación. En la ciudad de Lima se ha registrado una prevalencia del 22% entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones (el porcentaje era del 18% en 1998); en esa ciudad, uno de cada 10 varones encuestados afirmó haber mantenido relaciones sexuales con otros varones (y, de éstos, nueve de cada 10 afirmaron tener también relaciones sexuales con mujeres). La utilización sistemática del preservativo parece ser una rara excepción, sobre todo en las relaciones heterosexuales.

pueda proporcionar mejores datos para la elaboración de programas del VIH/SIDA. Unos mejores datos epidemiológicos y sobre comportamientos, junto con una movilización social y política reforzada en el ámbito del SIDA, pueden incentivar las respuestas necesarias para hacer frente a las realidades de la epidemia.

En esta región, la respuesta se intensificó a lo largo del pasado año, especialmente en los países más afectados. La proporción de pacientes que

Muchos países han reforzado recientemente las respuestas al SIDA, pero existe la preocupación de que la inestabilidad económica y social que se registra en parte de la región pueda debilitar dichos programas.

Aunque en el Brasil la epidemia se ha propagado de los principales centros urbanos a municipios más pequeños de todo el país, la prevalencia mediana del VIH entre mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales se ha mantenido por debajo del 1%, con una escasa variación durante los últimos cinco años. Estamos en parte ante un testimonio de los programas de prevención puestos en marcha desde los años 90, y también de los esfuerzos para ampliar la cobertura de los programas de reducción del daño y otros programas de prevención entre grupos vulnerables (y, además, un programa activo y eficaz para tratar a las personas que viven con el VIH). Sin embargo, el Brasil no puede dormirse sobre los laureles. En Rio Grande do Sul se han registrado tasas de prevalencia del 3-6% entre mujeres que sólo en raras ocasiones acceden al sistema de salud pública. Esos datos hacen temer que en algunas comunidades privadas de derechos civiles pueda averse un serio brote de la epidemia, aunque no se haya detectado. El Ministerio de Salud del país acaba de lanzar una iniciativa para captar, someter a la prueba y (en caso necesario) tratar a las mujeres embarazadas que no acuden regularmente a los centros de atención prenatal.

Será imposible vencer la epidemia hasta que los países no se avengan a las razones ocultas aunque extendidas del consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales entre varones. Estigmatizar y negar estos comportamientos sólo puede avivar la silenciosa propagación de la epidemia que ya se ha iniciado en esta región. En la actualidad, falta información suficiente acerca de grupos vulnerables que

necesitan y reciben tratamiento antirretrovírico en la región varía muchísimo, y si en algunos países la cobertura es de menos del 25%, en otros supera el 75%. En términos generales, se ha estimado que el tratamiento antirretrovírico se administra a casi la mitad de los pacientes que lo necesitan. Sin embargo, varias iniciativas subregionales están aumentando las posibilidades de un mayor acceso en algunos países, incluidos Bahamas, Barbados y Honduras.

Diversos países han aumentado sus presupuestos nacionales para el VIH/SIDA, mientras que en los países de América central y el Caribe, y en comparación con las cifras de hace tres años, los recursos externos para el SIDA se han multiplicado prácticamente por cuatro. También están consolidándose las asociaciones, incluidas aquellas congregadas bajo la cobertura del Grupo de Colaboración Técnica Horizontal (en América Latina) y la Asociación Pancaribeña.

No obstante, el estigma y la discriminación siguen siendo dos importantes obstáculos. Un reciente análisis del gasto nacional destinado al SIDA (realizado por el proyecto SIDALAC, con el apoyo del ONUSIDA), ha puesto de manifiesto, por ejemplo, que la inversión en actividades de prevención y atención dirigidas a las poblaciones más vulnerables (como los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los profesionales del sexo) no está todavía a la altura de la importancia que estos grupos tienen en la epidemia. La discriminación parece ser la causa principal de esta tendencia.

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

La prevalencia del VIH en esta región sigue siendo muy baja, excepción hecha del sur del Sudán y de los recientes brotes entre consumidores de drogas intravenosas en algunos países.

La idea de que esta región ha eludido la epidemia mundial de VIH no se ve confirmada por las últimas estimaciones, que indican que el año pasado 55.000 personas contrajeron la infección por el VIH, lo cual eleva a 600.000 el número total de personas que viven con el VIH/SIDA en Oriente Medio y África del Norte. En 2003, el SIDA se cobró la vida de 45.000 personas más, y es alta la probabilidad de que en esta región se produzca un aumento considerable del número de infecciones por el VIH.

Actualmente, el país más seriamente afectado es, con mucho, el Sudán, sobre todo en el sur, donde ya ha comenzado una epidemia básicamente heterosexual. Los datos disponibles indican que la prevalencia nacional del VIH en la población adulta es de más del 2%, si bien los conflictos dificultan tanto la vigilancia de la epidemia como la preparación de una respuesta potencialmente eficaz. La última serie de datos de vigilancia indicaron que la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas era, en comparación con Jartum, de seis a ocho veces mayor en el sur del Sudán.

En la mayoría de los restantes países, la propagación del VIH parece hallarse en estado incipiente, aunque los escasos datos de vigilancia disponibles en algunos países podrían significar que no se han producido brotes serios en determinadas poblaciones (incluidos los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los consumidores de drogas intravenosas).

Asimismo, entre algunos países parece registrarse un importante desplazamiento de personas infectadas por el VIH. Se cree, por ejemplo, que más de la mitad de las personas que, según datos oficiales,

están infectadas por el VIH en Túnez, han cruzado la frontera con Libia en busca de tratamiento antirretrovírico o para someterse a un tratamiento de desintoxicación. (Túnez viene proporcionando tratamiento antirretrovírico gratuito general desde principios de este siglo.)

La epidemia amenaza con extenderse por diversas vías en la región, incluidas las transfusiones y las donaciones de sangre. Las precauciones universales y los análisis de sangre han reducido enormemente los riesgos de transmisión en los servicios de atención sanitaria de la mayor parte de estos países, pero la transmisión del VIH por la sangre o por productos derivados de la sangre sigue siendo un peligro potencialmente importante en algunos de ellos.

Otra preocupación es el aumento de infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, en especial en Bahrein, Libia e Irán; y se ha informado de que se producen infecciones vinculadas a esta vía de transmisión también en Argelia, Egipto, Kuwait, Marruecos, Omán y Túnez. La mayoría de las infecciones por el VIH que se producen en el Irán parecen relacionadas con el consumo de drogas intravenosas; asimismo, se sabe que dentro del sistema penitenciario de ese país los niveles de infección por el VIH son muy altos. La prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas en 10 prisiones iraníes ha alcanzado el elevado nivel del 63%. Se ha calculado que en el Irán podría haber 200.000 consumidores de drogas intravenosas, en su mayoría varones. En el mismo país, un estudio anterior puso de manifiesto que aproximadamente la mitad de los consumidores de dichas drogas eran casados, y una tercera parte de

ellos había afirmado mantener relaciones sexuales extramatrimoniales, lo cual apunta a una vía secundaria de transmisión heterosexual. Hasta la fecha, la epidemia de VIH entre la población adulta en Libia se ha debido al consumo de drogas intravenosas: el 90% de todas las infecciones por el VIH conocidas se producen entre los consumidores de dichas drogas. En un centro libio para el tratamiento de drogodependencias se descubrió que, en los últimos tres años, el 49% de todos los nuevos pacientes era VIH-positivo.

Son varios los otros grupos vulnerables de la región que se exponen al riesgo de infección por el VIH, especialmente los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Por

sión sexual entre varones da cuenta de más del 7% de casos acumulativos de infección por el VIH.

La vigilancia y los datos comportamentales actualizados han sido escasos, aunque en gran parte de la región ya se están tomando medidas para remediar esta situación. En esta región se necesita cuanto antes una prevención eficaz, dirigida a los dos grupos vulnerables, y también a los grupos que podrían entrar en la siguiente fase de propagación del VIH, como los trabajadores migratorios, los refugiados y las personas desplazadas, los trabajadores del transporte por carretera, los turistas, y los jóvenes en general. No obstante, actualmente la región carece incluso de las actividades básicas, como la promoción del uso del preservativo. Hay,

Los sistemas de vigilancia están mejorando en algunos países, y aumentan los ejemplos de iniciativas de prevención positivas. Sin embargo, la negación y el estigma crean un contexto ideal para la propagación del VIH.

ejemplo, un reciente informe procedente del Yemen señala que el 7% de los profesionales del sexo son seropositivos. Es necesario realizar estudios más profundos en toda la región a fin de examinar las realidades del comercio sexual, sobre todo el que se produce en la calle, y su potencial contribución a la propagación del VIH, en primer lugar entre los profesionales del sexo y sus clientes, y, posteriormente, a las esposas y los hijos de los clientes.

Se sabe muy poco de la transmisión del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en esta región, y esa falta de información se debe en gran medida al estigma asociado a las relaciones sexuales entre varones. Egipto es uno de los pocos países que ha efectuado un seguimiento de la transmisión del VIH entre grupos de varones que tienen relaciones sexuales con varones, entre quienes la prevalencia del VIH parece haber rondado el 1% a finales del siglo xx y comienzos del xxi. En 2001, el porcentaje de casos de SIDA atribuido a los varones que tienen relaciones sexuales con varones se estableció en el 21%. Un examen epidemiológico del VIH realizado en Marruecos arrojó también como resultado que, en los 10 años anteriores, la transmi-

sin embargo, excepciones alentadoras a la que parece ser la actitud general de negación oficial en esta región. Argelia, el Líbano, Irán y Marruecos, por ejemplo, están desarrollando programas de prevención más sólidos, mientras algunos países (especialmente Irán y Libia) parecen más dispuestos a reconocer la existencia de la epidemia asociada con el consumo de drogas intravenosas y a abordarla.

La historia de la epidemia de SIDA presenta numerosas pruebas de que el VIH suele introducirse entre estos grupos antes de propagarse a capas más extensas de la población. Parte del desafío al que hacen frente los países de esta región consiste en erradicar el estigma y la culpa que con tanta frecuencia se asocian a los grupos vulnerables, y también en profundizar el conocimiento y la comprensión de la epidemia en el conjunto de la opinión pública. Las barreras culturales y sociales que impiden dirigir la atención hacia los grupos en alto riesgo pueden llegar a ser tan grandes, que los costos políticos de la prevención se perciben más como un obstáculo que como beneficios potenciales para la salud pública.

PAÍSES DE INGRESOS ELEVADOS

La mortalidad por SIDA continúa disminuyendo, gracias a la disponibilidad generalizada de tratamiento antirretrovírico.

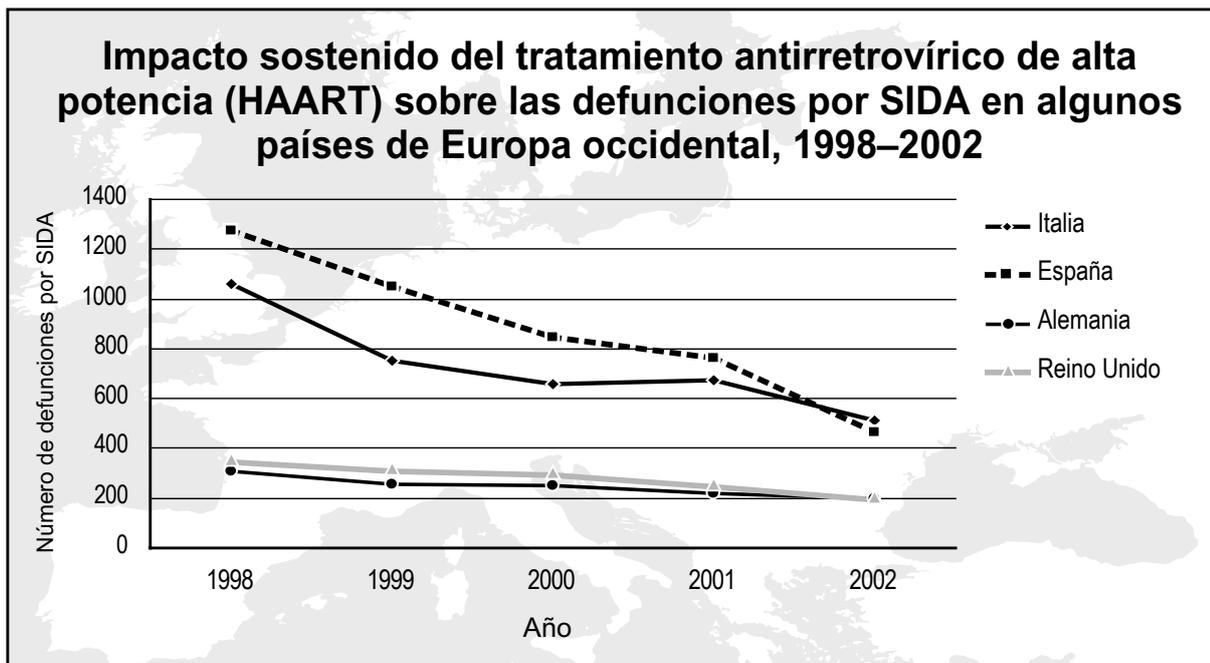
El número total de personas que viven con el VIH sigue aumentando en los países de ingresos elevados, en gran parte a causa del acceso generalizado al tratamiento antirretrovírico. Se calcula que en esos países el número de personas que viven con el VIH es de 1,6 millones, una cifra que incluye a las 80.000 infectadas el año pasado. El SIDA se cobró unas 18.000 vidas el año pasado. Como ilustra la figura 10, el número de muertes anuales por SIDA ha continuado disminuyendo en los países de ingresos elevados, incluidos los de Europa occidental, debido a la disponibilidad generalizada de tratamiento antirretrovírico.

Cada vez es mayor la evidencia de que las actividades de prevención en diversos países de ingresos

elevados no se ajustan a los cambios que se producen en la propagación del VIH. Estas deficiencias son más patentes allí donde el VIH se presenta también en sectores marginados de la población, incluidos los inmigrantes y los refugiados.

En los Estados Unidos de América, alrededor de la mitad de las casi 40.000 nuevas infecciones anuales se registran entre afroamericanos (12% de la población del país), y las mujeres afroamericanas dan cuenta de una creciente proporción de nuevas infecciones. (En términos generales, se calcula que una tercera parte de las nuevas infecciones se produce por contacto heterosexual.) Muchas de esas mujeres no tienen comportamientos de alto riesgo, pero contraen el VIH al mantener relaciones

Figura 10



Fuente: Vigilancia del VIH/SIDA en Europa (2002). Informe de fin de año. Datos recopilados por el Centro Europeo de Vigilancia Epidemiológica del SIDA.

sexuales no protegidas con sus parejas masculinas, que, en gran parte de los casos, también tienen relaciones sexuales con varones o consumen drogas intravenosas. Tras analizar los datos procedentes de 11 estados, un reciente estudio de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos reveló que el 34% de los varones afroamericanos seropositivos afirmaron tener relaciones sexuales tanto con mujeres como con varones. No obstante, sólo una pequeña proporción de las mujeres afroamericanas seropositivas afirmaron saber que sus parejas también tenían relaciones sexuales con varones. El secretismo que rodea a este doble comportamiento de riesgo parece básicamente arraigado en el estigma que sigue asociándose a la homosexualidad. Sus costos son considerables: hoy el SIDA es la principal causa de defunción de mujeres afroamericanas de 25 a 34 años de edad. Según los CDC, un 90% de los jóvenes varones afroamericanos VIH-positivos que viven en las ciudades, y que tienen relaciones sexuales con varones, no saben que son seropositivos. En general, se estima que por lo menos una cuarta parte de las entre 850.000 y 950.000 personas que viven con el VIH/SIDA en los Estados Unidos no sabe que es VIH-positiva.

Las relaciones sexuales entre varones siguen siendo un importante aspecto de la epidemia en la mayoría de los países de ingresos elevados. En Alemania, Grecia y los Países Bajos, es el modo más común de transmisión del VIH, mientras que en los Estados Unidos (en 2002) y en Australia (en 2001), fue la

Francia, Irlanda, los Países Bajos y el Reino Unido han comunicado brotes de sífilis en varones que tienen relaciones sexuales con varones; por ejemplo, en los Países Bajos en 2002 aumentó en un 182% el número de nuevos casos de sífilis en varones que tienen relaciones sexuales con varones. En Inglaterra y Gales, los diagnósticos de blenorragia en clínicas especializadas en infecciones de transmisión sexual aumentaron en un 102% en 1995-2000, y los aumentos más pronunciados se observan entre los adolescentes de más edad (16-19 años); Australia, por su parte, presenta sus tasas de incidencia de blenorragia más altas entre adultos de 15-39 años desde 1997. Los casos de blenorragia declarados han aumentado también en los Países Bajos, Suecia y Suiza, lo cual parecería indicar que las actividades actuales de prevención tienen escasa repercusión entre la generación más joven.

En Japón se está produciendo un aumento constante de las infecciones por el VIH. El número de nuevos casos de VIH declarados anualmente se ha duplicado desde los años 90, llegando a más de 600 en 2001 y 2002. Ese aumento se ha visto acompañado, en el mismo periodo, de un incremento de otras infecciones de transmisión sexual: desde 1995, la tasa de Chlamydia entre las mujeres ha aumentado en más del 50%. Asimismo, existen pruebas de una actividad sexual más generalizada entre los jóvenes japoneses (lo cual se refleja en el porcentaje de jóvenes que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 19 años).

Siguiendo una tendencia de los últimos años, existen más pruebas de que aumentan las tasas de otras infecciones de transmisión sexual, lo cual puede presagiar nuevos aumentos de la incidencia del VIH.

causa del 42% y el 86% respectivamente de los nuevos diagnósticos de VIH. Sin embargo, la reaparición de otras infecciones de transmisión sexual en Australia, Japón, Europa occidental y los Estados Unidos apuntan a un regreso a los comportamientos sexuales de alto riesgo, especialmente entre los jóvenes, incluidos los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Los programas de prevención que consiguieron muy buenos resultados en la contención de la transmisión del VIH en los años 90, sobre todo entre los varones que mantienen relaciones sexuales con varones, parecen haber quedado en suspenso en muchos países de ingresos elevados.

En los países de Europa occidental que notifican casos de VIH, es posible que el modo más común de transmisión del VIH sea el coito heterosexual. Sin embargo, una gran parte de las nuevas infecciones por el VIH notificadas en esos países en 2002 se ha atribuido al importante número de personas que han contraído la infección en otros lugares, por ejemplo en algún país con una elevada prevalencia del VIH. La mayoría de dichos casos se han registrado en el Reino Unido (donde el número de diagnósticos de VIH notificados en 2002 fue el doble que en 1998), y en Alemania (donde el año pasado los nuevos diagnósticos de casos de VIH aumentaron

por primera vez desde 1997). En el Reino Unido, el 70% de los casos de VIH por transmisión heterosexual se produjo entre personas que habían contraído el VIH mientras vivían en países con una epidemia generalizada. Al parecer, las infecciones por el VIH contraídas en otros lugares del mundo han sido la causa de una parte considerable de los nuevos diagnósticos en los Países Bajos, Noruega y Suecia. Es fundamental que los programas de prevención, tratamiento y atención se adapten a fin de hacerlos llegar a todas las personas afectadas por el VIH/SIDA, en especial a aquellas cuyos idioma, cultura o condición de inmigrantes pueda limitar su acceso a los servicios.

El papel del consumo de drogas intravenosas en la epidemia de VIH es variable en los países de ingresos elevados. En los Estados Unidos de América y el Canadá, aproximadamente el 25% de

las nuevas infecciones por el VIH se ha atribuido al consumo de drogas intravenosas, mientras que en Australia dicho consumo da cuenta de menos del 10% de los nuevos diagnósticos de VIH. En Europa, poco más del 10% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2002 se debieron al consumo de drogas intravenosas, aunque en Portugal esa vía de transmisión causó casi la mitad del número total de infecciones por el VIH el mismo año. (Sin embargo, ese país está registrando un importante aumento de infecciones de transmisión sexual, tanto heterosexuales como entre varones.) Estas pautas ponen de relieve la necesidad de unos programas de prevención (y tratamiento) que lleguen a los consumidores de drogas intravenosas, incluidos los que se encuentran en prisiones y los que pertenecen a minorías marginadas. En el Canadá, por ejemplo, los aborígenes están excesivamente representados entre los consumidores de drogas intravenosas.

ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

El estigma y la discriminación bloquean los esfuerzos para controlar la epidemia mundial y crean un clima ideal para su expansión. Esos dos factores unidos constituyen uno de los mayores obstáculos para prevenir nuevas infecciones, prestar la atención, apoyo y tratamiento adecuados, y mitigar el impacto de la epidemia.

El estigma y la discriminación socavan la prevención al hacer que las personas tengan miedo de descubrir si están infectadas o no lo están, y las desalientan de adoptar medidas de prevención: por ejemplo, insistir en la utilización de un preservativo en una relación sexual, cosa que podría interpretarse como un reconocimiento de que están infectadas.

El estigma y la discriminación también crean una falsa sensación de seguridad que contrarresta los esfuerzos de prevención. A menudo el estigma y la discriminación se basan en prejuicios y pautas de exclusión social existentes. Al asociar el VIH/SIDA con los grupos de individuos percibidos como “excluidos”, las personas conciben la ilusión de que en su caso no están expuestas al riesgo de infectarse. Como consecuencia de ello, es posible que no puedan dejar de perpetuar comportamientos de riesgo (como las relaciones sexuales peligrosas) porque crean que actuando de otro modo podrían levantar sospechas sobre su estado relacionado con el VIH.

El miedo a la discriminación impide que las personas soliciten tratamiento para el SIDA. Es posible también que se las disuada de utilizar los

servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, un elemento esencial en los programas de prevención, tratamiento y atención. Así pues, las personas que viven con el VIH pueden quedarse aisladas y sin la atención y el apoyo que podrían reducir el impacto de la epidemia.

Incluso cuando acuden a los servicios en busca de atención y apoyo, es posible que las personas infectadas por el VIH experimenten las crueles repercusiones del estigma y la discriminación. Tal como señalan estudios recientes, aquellos que solicitan atención o asesoramiento pueden verse rechazados por los mismos servicios que deberían ayudarlos.

Por ejemplo, en una encuesta llevada a cabo en 2002 entre aproximadamente mil médicos, enfermeras y comadronas en cuatro estados nigerianos, se obtuvieron respuestas inquietantes. Uno de cada 10 médicos y enfermeras admitieron haber rechazado atender a un paciente de VIH/SIDA, o habían denegado el ingreso en un hospital a pacientes de VIH/SIDA. Cerca del 40% opinaba que la apariencia de una persona delataba su estado positivo respecto al VIH, y el 20% consideraba que las personas que viven con el VIH/SIDA habían tenido un comportamiento inmoral y merecían su suerte. Al parecer, la falta de conocimientos sobre el virus (a menudo acompañada de actitudes denigrantes hacia las personas que viven con el VIH/SIDA) era uno de los factores que avivaba la discriminación. Otro factor era el temor manifestado por los médicos y enfermeras a exponerse a la posible infección como resultado de

En la calle

Mi hijo adoptivo Michael, de ocho años, nació seropositivo y se le diagnosticó el SIDA a los ocho meses de edad. Lo acogí en nuestro hogar familiar, en un pequeño pueblo del sudeste de Inglaterra. Al principio, las relaciones con la escuela local eran muy buenas, y Michael creció allí. Solamente el director y el maestro de la clase de Michael tenían conocimiento de su enfermedad. Entonces alguien rompió la confidencialidad y le explicó a un padre que Michael tenía el SIDA. Ese padre, obviamente, se lo contó a los demás. Esto sembró tal pánico y hostilidad que nos vimos obligados a irnos de la zona. El riesgo es para Michael y para nosotros, su familia. La oclocracia es peligrosa. La ignorancia acerca del VIH hace que las personas estén atemorizadas. Y los que están atemorizados no actúan racionalmente. No sería nada extraño que nos volvieran a echar de casa otra vez.

“Debbie” hablando ante el Fondo Nacional del SIDA, Reino Unido, 2002

¿Qué aviva el estigma y la discriminación?

El estigma desvaloriza y desacredita a las personas, provocando vergüenza e inseguridad. En el contexto del SIDA, puede incitar a buscar victimizar, culpar y castigar a determinadas personas (o grupos) para hacer desmerecer el hecho de que todo el mundo está expuesto al riesgo. El estigma se aprovecha de los prejuicios y las pautas de exclusión existentes y margina aún más a las personas que por su condición es posible que ya sean más vulnerables al VIH/SIDA. Nace de la asociación del VIH/SIDA con el sexo, la enfermedad y la muerte, y con comportamientos que pueden ser ilegales, tabú o estar prohibidos, como las relaciones sexuales pre y extramatrimoniales, el trabajo sexual, las relaciones sexuales entre varones y el consumo de drogas intravenosas.

El estigma es perjudicial, por sí mismo (porque puede conducir a sentimientos de vergüenza, culpabilidad y aislamiento de las personas que viven con el VIH) y porque incita a las personas a actuar de tal manera –acciones que adoptan la forma de discriminación relacionada con el VIH– que dañan directamente a otros y les niegan servicios o derechos. Este trato injusto puede ser equivalente a una violación de los derechos humanos.

la falta de equipo protector. Según parece, también contribuía a esta situación la frustración causada por el hecho de no disponer de medicamentos para tratar a los pacientes de VIH/SIDA, a quienes por consiguiente se consideraba como “predestinados” a morir. Estudios realizados en otras regiones ponen de manifiesto que esas actitudes y acciones son la norma común. En Filipinas, una encuesta reciente efectuada entre personas que vivían con el VIH/SIDA puso al descubierto que cerca del 50% había sufrido discriminación por parte de trabajadores de salud, mientras que en Tailandia, el 11% de las personas encuestadas reveló que le habían denegado el acceso a medicamentos por causa de su estado seropositivo y el 9% había experimentado demoras en el tratamiento. De acuerdo con una reciente investigación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la India alrededor del 70% de las personas que viven con el VIH/SIDA dice que ha sufrido

discriminación, por lo general dentro de la familia y en los establecimientos de salud. Esas experiencias han evidenciado la necesidad de realizar esfuerzos para fomentar una mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA en la India, donde algunas ONG y redes de personas VIH-positivas están trabajando para reducir la discriminación en los hospitales locales.

Muchas personas que viven con el VIH/SIDA no tienen la elección de decidir cómo, cuándo y a quién revelar su seropositividad respecto al VIH. En una encuesta reciente, el 29% de las personas que vivían con el VIH/SIDA en la India, el 38% en Indonesia y más del 40% en Tailandia declararon que su seropositividad había sido revelada a otras personas sin su consentimiento. En muchos casos, los resultados de la prueba se dieron a conocer a personas distintas de la esposa o familiares; uno de cada nueve encuestados en el estudio de Tailandia

Aprender a fuerza de sinsabores

El alcance del estigma y la discriminación no deberían subestimarse. En Kerala (India), dos niños huérfanos fueron expulsados de la escuela en 2003, y luego se les denegó el ingreso en otras escuelas. ¿Por qué motivo? Porque eran VIH-positivos. Como respuesta, los dos niños y su abuelo, siguiendo la tradición de Gandhi, iniciaron una huelga de hambre frente al despacho del Primer Ministro esgrimiendo su derecho a la enseñanza. El Primer Ministro se enterneció y ordenó que los admitiera una escuela estatal. Sin embargo, después de una reunión de la asociación de padres y maestros, los alumnos de esa escuela respondieron con un boicot en protesta contra la decisión. Doblándose ante la presión, el Gobierno ordenó entonces que los niños fueran escolarizados en casa, prohibiéndoles de hecho la interacción social con otros niños.

El Presidente, el Ministro de Salud, las autoridades locales del SIDA y los activistas del SIDA de la India trabajaron con la comunidad y le hicieron un llamamiento para que disipara los temores y las ideas erróneas que imperan en ese poblado país. No obstante, para final de 2003, casi seis meses después del fracaso, los dos niños seguían viendo obligados a recibir las lecciones escolares y rendir los exámenes en casa. A pesar de diversos llamamientos efectuados por altos funcionarios, la comunidad se ha mantenido firme y ha aislado a los dos huérfanos.

manifestó que había sido revelado su estado a funcionarios del Gobierno. Estos tipos de violaciones del derecho a la intimidad socavan los programas del VIH/SIDA al disuadir a las personas de conocer su estado serológico y, en última instancia, amenazar la salud pública propiciando que las personas transmitan sin saberlo a otras personas el VIH.

Teniendo en cuenta los estrechos vínculos que existen entre el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA y las violaciones de los derechos humanos, es necesario poner en marcha múltiples intervenciones. Hay que adoptar medidas para prevenir el estigma y oponerse a la discriminación cuando se produzcan, al igual que vigilar y reparar las violaciones de los derechos humanos. Está fuera de cualquier duda que todo el mundo –desde los líderes políticos y sociales hasta los miembros de la comunidad y los profesionales del espectáculo– tiene un papel para desempeñar en la lucha contra el estigma y la discriminación.

Cada día son más numerosas las iniciativas que están haciendo frente con éxito a la negación, la ignorancia y el miedo que dan alas al ciclo del estigma, la discriminación y los abusos de los derechos humanos. Algunas de las iniciativas más poderosas para doblegar el estigma y la discrimina-

cionarse muchas muestras, como los programas para la capacitación de dirigentes en Zambia o las actividades de información y sensibilización en los periódicos y programas de televisión organizadas por el “Movimiento Positivo” de Belarús. El enfoque centrado en la comunidad adoptado en Zambia, por ejemplo, impulsó a los jefes del distrito de Lundazi a dar ejemplo y someterse a la prueba del VIH, movilizándolo con éxito a los miembros de la comunidad a seguir a sus jefes. Y fueron aún más lejos, decretando medidas contra el desheredamiento de las viudas y otras prácticas discriminatorias para las mujeres y las niñas que las hacían más vulnerables a la infección.

El servicio de consulta telefónica directa sobre el VIH/SIDA de Egipto está contribuyendo a romper el secretismo y la ignorancia en torno de la sexualidad y el VIH/SIDA. Ese proyecto facilita información precisa sobre el VIH/SIDA y proporciona asesoramiento anónimo. Su personal atiende a cerca de 5.000 llamadas por año, las dos terceras partes de personas de 18 a 35 años de edad, y el 20% de mujeres. Las llamadas provienen de todo el país, e incluso de otras naciones de habla árabe. Este servicio también contribuye a difundir el mensaje pronto. Kami, una muñeca Muppet VIH-positiva,

¿A quién le importa?

Para romper el ciclo del estigma, la discriminación y los abusos de los derechos humanos es vital facilitar un mayor acceso a la atención, prevención y tratamiento eficaces.

En los lugares donde no está disponible el tratamiento, es posible que las personas se sientan poco motivadas para descubrir su estado serológico respecto al VIH: con mayor razón si el resultado probable de saber que son VIH-positivos es el rechazo y la discriminación. El mayor acceso al tratamiento es uno de los incentivos más poderosos para que las personas deseen conocer su estado respecto al VIH. Y la perspectiva de una vida más larga y productiva para las personas infunde estímulo a las comunidades para que hagan una nueva valoración del modo en que se relacionan con las personas que viven con el VIH/SIDA, creando una sensación de esperanza y reduciendo las ansiedades que pueden desencadenar el estigma.

La OMS y el ONUSIDA están abanderando una audaz iniciativa para suministrar tratamiento antirretrovírico a tres millones de personas en las zonas más necesitadas para final del 2005. Además, un número creciente de países está estableciendo programas nacionales integrales de prevención y atención. Esas iniciativas pueden ayudar a eliminar el manto de sospecha y secretismo que envuelve a la epidemia.

ción relacionados con el VIH/SIDA se basan en la participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA. En todo el mundo, esas personas han creado organizaciones, realizado campañas e incluso convocado movimientos de masas que movilizan la acción contra la epidemia y ejercen presión sobre los líderes de sus países para que aborden la epidemia con resolución. Podrían

aparece en un programa de la televisión sudafricana, Talkalani Sesame, en que aborda con sus amigos cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA. El objetivo de este programa es exponer al público, mayoritariamente niños y niñas de 3 a 6 años, al estigma y la discriminación relacionados con el SIDA y plantear distintas formas de oponerse a ellos o superarlos.

Cumplir las promesas

Como parte de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, redactada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en junio de 2001, los Estados Miembros acordaron:

... para 2003, promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables, y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; en particular, darles acceso a, entre otras cosas, educación, derecho de sucesión, empleo, atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, apoyo, tratamiento, información y protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y la confidencialidad; y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia. (párrafo 58)

Si bien algunas empresas siguen prefiriendo desplazar la carga del VIH/SIDA a otra parte –exigiendo la prueba del VIH antes de contratar a alguien, reduciendo o eliminando las prestaciones médicas a los empleados seropositivos o incluso echándolos-, un creciente número de ellas están empezando a instaurar programas de prevención y atención en el lugar de trabajo. Algunas, como Volkswagen del Brasil, ofrecen a sus trabajadores terapia antirretrovírica y otros tratamientos relacionados con el SIDA. El programa AIDS Care de dicha empresa, que hace varios años que está en funcionamiento, incluye educación sobre prevención, distribución gratuita de preservativos, y asesoramiento y apoyo, así como terapia antirretrovírica y pruebas clínicas para vigilar el tratamiento. También se han adoptado medidas antidiscriminatorias, como garantizar el derecho a la confidencialidad para los empleados que viven con el VIH/SIDA y prohibir las pruebas obligato-

rias y el despido de los trabajadores con el VIH. Al cabo de pocos años de instaurarse este programa, la empresa comunicó un marcado descenso en el número de hospitalizaciones y una considerable reducción en los costos de tratamiento y atención. Los programas en el lugar de trabajo como el que se menciona aquí pueden hacer frente con éxito al estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

Mientras tanto, la Ley de Control y Prevención del VIH/SIDA de Filipinas sigue siendo una muestra de cómo una legislación con disposiciones firmes para proteger a las personas que viven con el VIH/SIDA puede ser un instrumento útil para luchar contra la discriminación relacionada con el VIH. Entornos legislativos y normativos de apoyo de esta índole pueden ayudar a potenciar las comunidades para hacer frente con más eficacia al estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos.

Oponer la ley al estigma y la discriminación

La legislación puede ser un arma poderosa contra el estigma y la discriminación. Por ejemplo, desde final de los años 80, Acción Ciudadana Contra el SIDA, de Venezuela, lucha contra las violaciones de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA. Esa organización proporciona asesoramiento jurídico gratuito, interviene en casos y se ocupa de apelaciones jurídicas sobre casos de discriminación en el empleo, en la práctica médica y en los servicios sociales. Ha ayudado asimismo a ampliar el alcance de un programa de tratamiento y atención establecido dentro del sistema de seguridad social del país, y contribuyó a obtener fármacos antirretrovíricos y otros tratamientos, asistencia confidencial y pensiones para cuatro demandantes militares en un caso contra el Ministerio de Defensa que marcó un hito. Ese caso sentó un precedente para los derechos al trabajo, la intimidad, la no discriminación, la dignidad, la “atención psicológica y económica” y la asistencia sanitaria para todo el personal militar. En julio de 1999, el Tribunal Supremo ordenó al Ministerio de Salud que facilitase gratuitamente terapia antirretrovírica, tratamiento para infecciones oportunistas y pruebas diagnósticas a todos los ciudadanos venezolanos que vivían con el VIH/SIDA.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA solamente podrán reducirse si se abordan simultáneamente en diversos frentes:

- dentro de las comunidades, donde las iniciativas basadas en los medios de comunicación pueden dirigirse a la opinión pública para mejorar el entorno de las personas que viven con el VIH/SIDA;
- en espacios como los lugares de trabajo, los hospitales y dispensarios, los lugares de culto y centros docentes, donde unas políticas y unos programas educativos equitativos pueden contrarrestar el estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos; y
- en los tribunales, donde las personas pueden ampararse en los derechos y deberes jurídicos para fomentar y proteger los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA.

MAPAS

Estimaciones mundiales para adultos y niños, final de 2003

Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003

Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños en 2003

Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2003

ESTIMACIONES MUNDIALES PARA ADULTOS Y NIÑOS, FINAL DE 2003



Personas que vivían con el VIH/SIDA	40 millones (34 – 46 millones)
Nuevas infecciones por el VIH en 2003	5 millones (4,2 – 5,8 millones)
Defunciones causadas por el VIH/SIDA en 2003 ...	3 millones (2,5 – 3,5 millones)

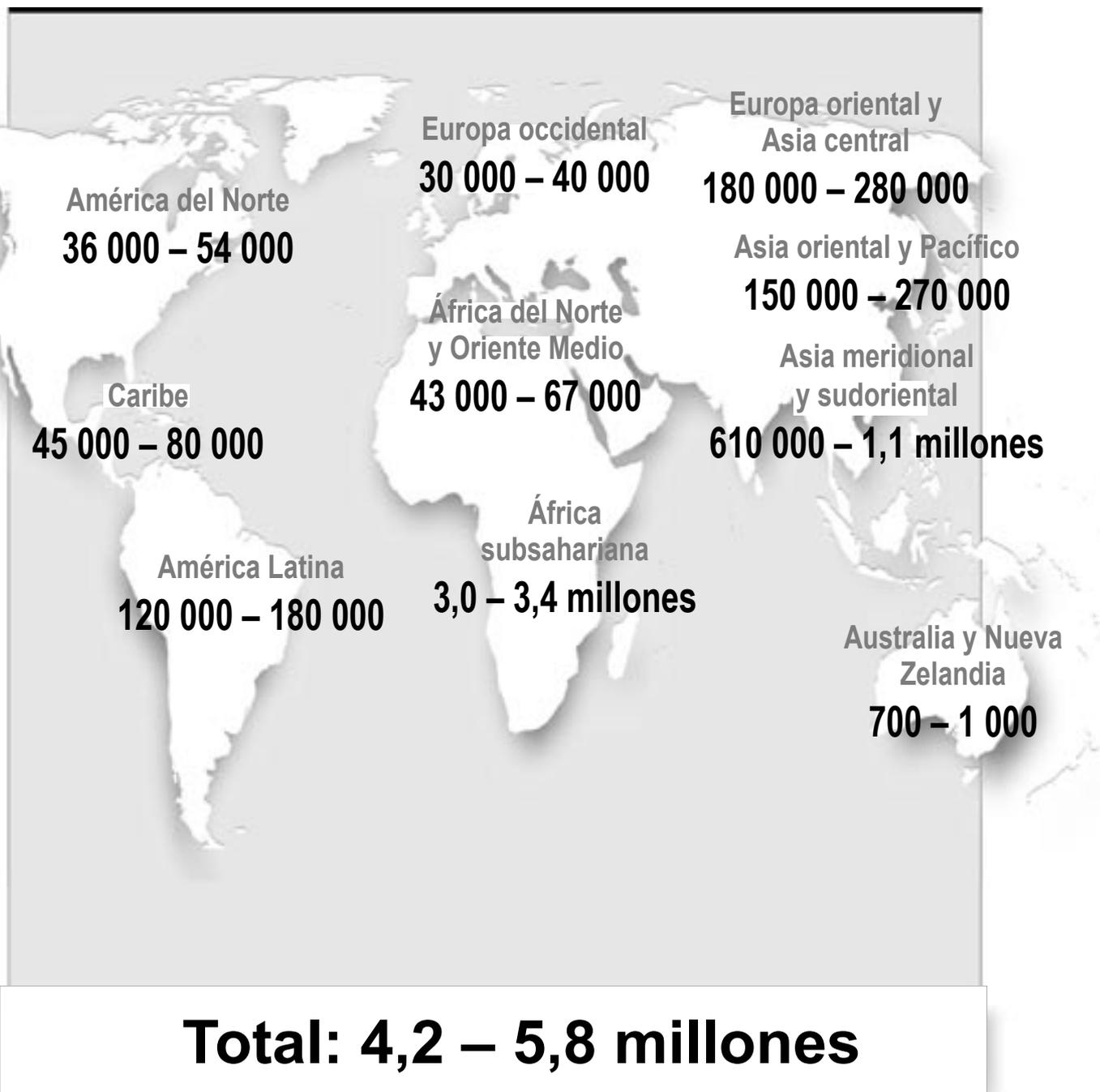
Los márgenes de variación de las estimaciones presentadas en este cuadro definen los límites dentro de los que se encuentran las cifras reales, y se basan en la mejor información disponible. Esos márgenes son más precisos que los de años anteriores, y se está trabajando para aumentar más aún la precisión de las estimaciones que se darán a conocer a mediados de 2004.



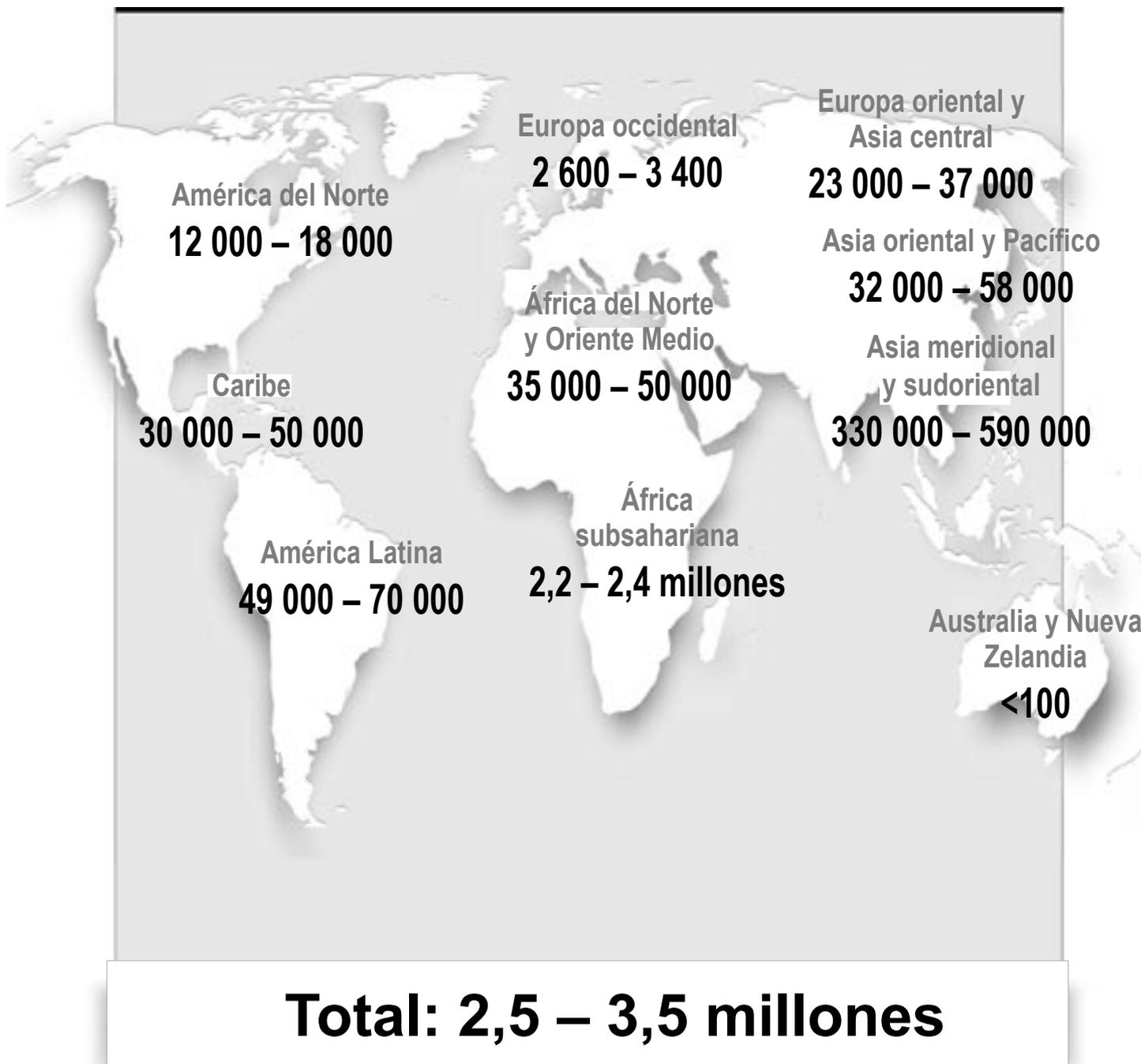
NÚMERO ESTIMADO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVÍAN CON EL VIH/SIDA A FINAL DE 2003



NÚMERO ESTIMADO DE NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN ADULTOS Y NIÑOS EN 2003



NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL VIH/SIDA EN ADULTOS Y NIÑOS DURANTE 2003



NOTAS

NOTAS

Nota explicativa sobre las estimaciones del ONUSIDA/OMS

Las estimaciones del ONUSIDA/OMS presentadas en el presente documento, que son provisionales, están basadas en los datos más recientes disponibles sobre la propagación del VIH en los países de todo el mundo. El ONUSIDA y la OMS, juntamente con expertos de los programas nacionales del SIDA y con instituciones de investigación, revisa y actualiza periódicamente las estimaciones a medida que están disponibles nuevos datos sobre la epidemia, valiéndose también de los progresos realizados en los métodos para obtenerlas. Debido a esos progresos y a los que se alcancen en el futuro, las nuevas estimaciones no se pueden comparar directamente con las de años anteriores ni con las que puedan publicarse subsiguientemente.

Las estimaciones y los datos facilitados en los mapas y cuadros se dan en números redondeados. No obstante, para calcular las tasas y los totales regionales se utilizaron cifras sin redondear, de modo que pueden haber pequeñas discrepancias entre los totales mundiales y la suma de las cifras regionales.

El ONUSIDA y la OMS continuarán trabajando con los países, las organizaciones asociadas y los expertos para mejorar la recopilación de datos. Esos esfuerzos harán posible que las mejores estimaciones posibles estén a disposición para asistir a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y otros organismos en la medida del estado de la epidemia y la vigilancia de la eficacia de sus destacados esfuerzos de prevención y atención.

La *Situación de la epidemia de SIDA* informa anualmente de la evolución de la epidemia. La edición correspondiente a 2003, acompañada de mapas y resúmenes regionales, proporciona las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y de la mortalidad que causa, examina las nuevas tendencias en su evolución y presenta una sección especial sobre el estigma y la discriminación.

Estos son algunos de los síntomas más dolorosos del VIH/SIDA.

**No me
dejan que
hable contigo.
Me repugnas
Confiaba en ti ¿Cómo pudiste
Has deshonrado a hacerme
la familia. esto?
Te lo merecías**

Ayúdanos a combatir
el miedo, la vergüenza,
la ignorancia y la injusticia
en todo el mundo.

Vive y deja vivir.